



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Gestão não-farmacológica da dor na pessoa em situação crítica - o conforto como uma intervenção especializada de enfermagem

Vera Mónica Cuco Magarreiro

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Gestão não-farmacológica da dor na pessoa em situação crítica - o conforto como uma intervenção especializada de enfermagem

Vera Mónica Cuco Magarreiro

**Relatório de Estágio orientado por
Professora Doutora Carla Nascimento**

2015



AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento...

À Professora Doutora Carla Nascimento,
pelo rigor e exigência na orientação
nesta fase final deste Curso de Mestrado,
e por ter acreditado neste trabalho.

À Irina, à Susana, à Vânia, à Filomena e ao Flávio,
pelo suporte e partilha ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores e restantes equipas,
pela disponibilidade e partilha.

Ao Zé,
pela paciência, compreensão, carinho e incentivo.

A todos os meus amigos,
pela presença e apoio constantes,
compreendendo as minhas ausências durante este percurso.

Aos meus pais e tia Joana (Titi),
por tudo aquilo que sou e pelo que me proporcionaram aprender.

RESUMO

A maioria das situações que conduzem o doente aos cuidados de saúde têm dor associada (Oware-Gyekye, 2008), justificando assim a pertinência de uma abordagem eficaz dos profissionais à dor (Direcção-Geral da Saúde, 2003) atribuindo-lhe uma prioridade elevada. A literatura revela que a experiência de dor durante os internamentos em unidades de cuidados intensivos (Puntillo, citada por Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012) contribui para um aumento dos índices de morbilidade e de mortalidade, desencadeando graves alterações fisiológicas e psicológicas, prolongando o tempo de internamento (Stites, 2013). A nível hospitalar, a gestão da dor é maioritariamente farmacológica, contudo já existe evidência da utilização de intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor (Czarnecki et al., 2011; Gatlin & Schulmeister, 2007; Gélinas et al., 2012; Williams, Davies, & Griffiths, 2009). Tendo em conta as competências do enfermeiro para intervir na gestão da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008), a realização de intervenções não-farmacológicas torna-se um imperativo. Enquanto grupo específico (Direcção-Geral da Saúde, 2013), a pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

Com o objetivo de desenvolver competências na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica com dor, o percurso de estágio de mestrado que aqui se documenta decorreu entre uma unidade de dor, um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos. Este relatório apresenta as principais atividades realizadas bem como os resultados obtidos nos diferentes contextos, refletindo as competências desenvolvidas, nomeadamente na gestão da dor e prestação de cuidados ao doente em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica. Todo o pensamento e ação em estágio foi sustentado no referencial teórico de Katharine Kolcaba e sua Teoria do Conforto.

Palavras-chave: dor, intervenções não-farmacológicas, enfermagem.

ABSTRACT

Most of the situations leading one's to health care have associated pain (Oware-Gyekye, 2008), justifying the need for an effective approach of professionals to pain (Direcção-Geral da Saúde, 2003) assigning it a high priority. Literature reveals that pain experience during the admissions to intensive care units (Puntillo, cited by Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012) contributes to increased morbidity and mortality rates, triggering serious physiological and psychological changes prolonging hospital stay (Stites, 2013). At the hospital level, pain management is mostly pharmacological, however there is already evidence for use of non-pharmacological interventions to pain control (Czarnecki et al., 2011; Gatlin & Schulmeister, 2007; Gélinas et al., 2012; Williams, Davies, & Griffiths, 2009). Taking into account the skills of nurses to intervene in pain management (Ordem dos Enfermeiros, 2008) conducting non-pharmacological interventions becomes imperative. While a specific group (Direcção-Geral da Saúde, 2013), the person in critical condition requires nurses specialized skills, contributing to improving the quality of care and health gains.

With the objective to develop skills in the specialized area of nursing to the person in critical condition with pain, the Masters stage path that is documented here took place between a pain unit, an emergency service and an intensive care unit. This report presents the main activities carried out as well as the results obtained in the different contexts, reflecting the developed skills, particularly in pain management and care to the patient in emergent situation, anticipating the instability and risk of organ failure. Every thought and action on stage was sustained in the theoretical framework of Katharine Kolcaba and her Comfort Theory.

Keywords: pain, non-pharmacological interventions, nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1.A DOR COMO FOCO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO	19
1.1. A dor e o conforto na enfermagem.....	19
1.2. A dor na pessoa em situação crítica	21
1.3. Intervenções não-farmacológicas no controlo da dor.....	24
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	27
2.1. Estágio I: Unidade da Dor	28
2.2. Estágio II: Serviço de Urgência	42
2.3. Estágio III: Unidade de Cuidados Intensivos	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	
ANEXO I – Programa do Curso de Massagem Terapêutica e Bandas Neuromusculares	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Plano da sessão de formação Estágio I	
APÊNDICE II – Sessão de formação Estágio I	
APÊNDICE III - Plano da sessão de formação Estágio II	
APÊNDICE IV – Sessão de formação Estágio II	
APÊNDICE V – Folha de registo de tempo em plano-duro	
APÊNDICE VI – Fundamentação para a folha de registo de tempo em plano-duro	
APÊNDICE VII – Plano da sessão de formação Estágio III	
APÊNDICE VIII – Sessão de formação Estágio III	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio I.....	29
Quadro 2 - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio II.....	43
Quadro 3 - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio III.....	52

LISTA DE SIGLAS

BNM – Bandas Neuromusculares

BPS – *Behavioral Pain Scale*

EE – Enfermeiro Especialista

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EMAF – Estimulação Muscular de Alta Frequência

HD – Hospital de Dia

IASP – *International Association for the Study of Pain*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SU – Serviço de Urgência

UCV – Unidade Cerebrovascular

UD – Unidade da Dor

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VVAVC – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

INTRODUÇÃO

Dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2014) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos de tal lesão, sendo ainda considerada um fenómeno multidimensional e complexo (Gil, 2011). A maioria das situações de cuidados de saúde têm dor associada cabendo aos profissionais desenvolver uma abordagem eficaz (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Em particular, o enfermeiro detém um papel importante na avaliação e abordagem da dor (Ladak et al., 2013).

Nos últimos anos, a comunidade científica tem vindo a realizar esforços no sentido de priorizar a prevenção e o tratamento da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008), constituindo-se a sua ineficaz gestão um fenómeno mundial (Schreiber et al., 2014). Apesar de todo o trabalho desenvolvido, os estudos relatam que mais de 70% dos doentes referem dor, de moderada a severa, durante o seu internamento em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] (Puntillo, citada por Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012). Assim, a dor torna-se num problema emergente nas UCI's onde a sua ineficaz gestão contribui para um aumento dos índices de morbilidade e de mortalidade, desencadeando graves alterações fisiológicas (hemodinâmicas e imunológicas) e psicológicas (depressão, ansiedade, desorientação e delírio), prolongando o tempo de internamento (Stites, 2013). Sendo a carência de formação na área um dos obstáculos apontados à efetiva gestão da dor (Schreiber et al., 2014), e a Pessoa em Situação Crítica (PSC) um grupo específico de intervenção - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor [PENPCDor] da Direcção-Geral da Saúde (2013) - torna-se premente ao enfermeiro o domínio de competências especializadas para dar resposta às necessidades da PSC com dor, melhorando a eficácia dos cuidados e consequentemente obtendo ganhos em saúde.

Ao nível hospitalar, a gestão da dor é maioritariamente realizada através de intervenções farmacológicas, existindo atualmente evidência da aplicação de intervenções não-farmacológicas (Czarnecki et al., 2011; Gatlin & Schulmeister, 2007; Gélinas et al., 2012; Williams, Davies, & Griffiths, 2009), como adjuvantes ou não às intervenções farmacológicas. Em Portugal, o Guia Orientador de Boa Prática

para a dor da Ordem dos Enfermeiros (OE) recomenda a utilização de intervenções não-farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A escolha da temática central deste relatório de estágio surgiu de uma motivação pessoal como enfermeira, refletindo a minha preocupação com a gestão da dor, nomeadamente na PSC. No meu exercício profissional em cuidados intensivos sou na minha equipa o elemento de referência na área da dor, estando integrada num grupo de trabalho. Tendo em conta as competências do enfermeiro para intervir na gestão da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008) e a literatura produzida, é de salientar que através do recurso a intervenções não-farmacológicas o enfermeiro pode contribuir de forma autónoma para a otimização do controlo da dor.

A gestão da dor encontra-se também descrita no quadro de competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em enfermagem em PSC como um profissional que faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de Novembro). Também o conhecimento na área das intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor está contemplado no documento supracitado. Assim, direcionei o meu percurso em estágio para a gestão não-farmacológica da dor, tratando-se de uma área de intervenção a explorar no meu contexto profissional.

O presente relatório foi desenvolvido na sequência da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em PSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e tem como finalidade apresentar o percurso formativo desenvolvido no 3.º semestre, através de uma análise reflexiva das atividades realizadas em estágio, partilhando as aprendizagens adquiridas, culminando na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

A elaboração deste documento foi sustentada no perfil de competências definido pela ESEL para este Curso de Mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), nas competências preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de Estudos (Direcção Geral do Ensino Superior, 2008) bem como no quadro de competências comuns do EE (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de Maio) e no quadro de competências específicas do EE em enfermagem em PSC (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de Novembro). Deste conjunto, saliento as seguintes competências:

- ✓ Promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- ✓ Basear a *práxis* clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade;
- ✓ Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- ✓ Gestão diferenciada da dor da PSC e ou falência orgânica;
- ✓ Demonstrar conhecimentos e habilidades em intervenções não-farmacológicas para o controle da dor.

O modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001), refere que a competência se transforma com a experiência profissional e com o domínio do conhecimento o que justifica a minha expectativa de que, este Curso de Mestrado seja o início de um percurso que me leve a atingir, no futuro, o nível de perito na área da gestão não-farmacológica da dor na PSC de forma a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, otimizando o conforto da PSC.

Nesta sequência defini como objetivo geral de estágio:

- ✓ Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à PSC promovendo o seu conforto.

Por sua vez, como objetivos específicos destacam-se:

- ✓ Adquirir competências especializadas de enfermagem na gestão não-farmacológica da dor na PSC;
- ✓ Adquirir competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família no Serviço de Urgência (SU);
- ✓ Desenvolver competências especializadas de enfermagem no âmbito da promoção do conforto à PSC no SU;
- ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCI para a importância da gestão não-farmacológica da dor.

De forma a atingir os objetivos traçados, desenvolvendo as competências propostas, organizei o estágio por três serviços hospitalares. O primeiro numa Unidade da Dor (UD), o segundo num SU de um hospital central e o terceiro, um período mais curto, desenvolvido na UCI onde exerço funções, estando os três

campos de estágio inseridos em hospitais da área da Grande Lisboa. Sendo a efetiva gestão da dor uma parte significativa do conceito de conforto (Kolcaba, 2003) considere o modelo teórico de Katharine Kolcaba e a Teoria do Conforto como o quadro de referência de enfermagem, orientador tanto da prática clínica desenvolvida no estágio como da elaboração deste relatório.

Saliento que apesar do conceito de gestão, quando aplicado à temática da dor, englobar tanto a avaliação como o controlo, dei enfoque ao controlo da dor através da aplicação de intervenções não-farmacológicas. No entanto, admito que a avaliação da dor está sempre implícita pois, se esta não existir, não é possível obter um controlo adequado da dor (Joffe, Hallman, Gélinas, Herr, & Puntillo, 2013). Importa ainda referir que neste relatório, para além de adotar o conceito de PSC definido pela OE (Regulamento nº 124/2011, de 20 de Novembro), considere a pessoa-alvo de cuidados como “doente” apropriando-me do conceito definido por Kolcaba (2003) enquanto indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitam de cuidados de saúde. Esclareço também o facto de que quando me refiro ao conceito de família, neste caso incluo também o de “pessoas significativas”.

Este documento encontra-se dividido em duas grandes partes. Na primeira pretende-se um enquadramento teórico da temática abordada, incluindo o quadro teórico de enfermagem. A segunda parte descreve o percurso de estágio, incluindo não só a descrição das atividades realizadas mas também uma reflexão acerca das mesmas e dos resultados alcançados que se tornaram parte integrante da minha prática profissional. Após esta, apresento algumas considerações finais e perspetivas futuras de desenvolvimento.

1. A DOR COMO FOCO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO

Incidindo este relatório de estágio na problemática da gestão não-farmacológica da dor na pessoa em situação crítica abordando também o conforto como uma intervenção especializada de enfermagem, importa agora apresentar o referencial teórico que a sustenta.

1.1. A dor e o conforto na enfermagem

Conforto é um conceito frequentemente empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem. Frases como, “foram prestados cuidados de higiene e conforto” e “o doente parece confortável”, são diariamente utilizadas pelos enfermeiros (Apóstolo, 2009). Também a literatura espelha o facto de que o conforto está intrinsecamente ligado aos cuidados de enfermagem desde a sua origem. Numa revisão da literatura, Apóstolo (2009) conclui que existem diferentes perspetivas de conforto em várias teorias de enfermagem, sendo que uma das que lhe dá maior visibilidade é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Trabalhamos para uma melhor qualidade dos cuidados, para a independência do doente, para a nossa própria satisfação pessoal mas essencialmente trabalhamos para proporcionar o melhor conforto ao doente (Kolcaba, 2003). Tal como refere Apóstolo (2009), o controlo e a ausência de dor são considerados sinónimos de conforto. Controlar e, quando possível tratar a dor, tem vários objetivos sendo um deles a promoção do conforto do doente. No seguimento deste raciocínio, fez-me sentido sustentar o meu pensamento e ação em estágio nesta teórica de enfermagem.

A dor é descrita por Kolcaba (2003) como um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivos, cognitivos e afetivos, acrescentando ainda que é uma sensação específica que ocorre no organismo com um variável nível de intensidade. Apesar de a relação entre controlo da dor e conforto ser complexa, a autora esclarece que o conforto é um termo abrangente onde a eficaz gestão da dor está incluída, sendo uma parte significativa.

De acordo com Apóstolo e Kolcaba (2009) a missão da enfermagem tem vindo, ao longo da sua história, a centrar-se no desconforto do doente e nas

intervenções para o minimizar. À luz da teoria de Kolcaba gostaria de destacar dois princípios essenciais. O primeiro é o de que o conforto é um conceito holístico na medida em que, quando intervimos em determinado aspeto proporcionando conforto ao doente, indiretamente vamos melhorar outros aspetos (Kolcaba, 1994; 1995). O segundo princípio é o de que quando os doentes estão confortáveis mais facilmente tendem a ter comportamentos dirigidos para a saúde, havendo um maior grau de satisfação pessoal (Apóstolo & Kolcaba, 2009; Kolcaba, 1994; 2001).

Neste documento, conforto é definido como a experiência imediata de se ser fortalecido ao ter as necessidades de alívio (*relief*), tranquilidade (*ease*) e transcendência (*transcendence*), colmatadas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). De acordo com a Teoria do Conforto, o alívio é o estado em que uma necessidade de conforto foi satisfeita, a tranquilidade é o estado de calma ou de satisfação, importante para um desempenho eficiente e a transcendência é o estado no qual cada indivíduo sente que tem competência ou potencial para se elevar acima dos problemas ou dor. A autora menciona ser muito mais útil responder às necessidades de conforto nos seus quatro contextos, seja através de uma única intervenção ou de várias, tornando os cuidados muito mais eficazes, trazendo maior satisfação a doentes e enfermeiros.

Os cuidados prestados para atingir o conforto incluem, de acordo com Kolcaba (2003), três tipos de intervenções: a) técnicas - monitorização de sinais vitais e de níveis analíticos, administração de terapêutica analgésica; b) medidas de *coaching*, que têm como objetivo a redução da ansiedade, fornecer segurança e informação, escutar e estabelecer um plano realista para a recuperação, integração ou mesmo a morte, de forma culturalmente sensível; c) *comfort food for the soul*, que incluem cuidados de enfermagem básicos. É nestas últimas intervenções que estão incluídas algumas não-farmacológicas, definidas também como holísticas (musicoterapia, massagem, estratégias cognitivas) e que Kolcaba defende poderem ter como alvo qualquer um dos aspetos do conforto da estrutura taxonómica da sua teoria. A autora acredita que é através delas que os enfermeiros querem exercer a sua profissão, e se lhes for dada a oportunidade de o fazer, isto irá promover a criatividade da enfermagem, assim como a satisfação tanto de enfermeiros como de doentes. Como referindo anteriormente, estas intervenções têm impacto não só na dor física do doente mas também no desconforto psicológico (Williams et al., 2009).

1.2. A dor na pessoa em situação crítica

A dor tem vindo a ser descrita como uma experiência individual subjetiva e multidimensional (Ordem dos Enfermeiros, 2008). De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (DGS), a importância do problema da dor reside no facto de constituir a principal razão para a procura de cuidados de saúde pela população em geral (Direcção-Geral da Saúde, 2008). Na sua circular normativa de 2003 (Direcção-Geral da Saúde, 2003), onde equipara a dor como o 5º sinal vital, a DGS refere que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização dos serviços, constituindo-se desta forma uma prioridade no sector da prestação de cuidados de saúde.

De forma a dar resposta à procura de cuidados de saúde por dor, foi criado em Portugal em 2001 o Plano Nacional de Luta Contra a Dor [PNLCD] (Direcção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor, 2001), inovador e pioneiro a nível internacional (Direcção-Geral da Saúde, 2013). O PNLCD evoluiu para o Programa Nacional de Controlo da Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2008) e posteriormente deu origem, ao PENPCDor (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Relembrando a fisiologia e fisiopatologia da dor, o sistema nervoso, entre outras funções, regula o funcionamento do organismo registando informações internas ou externas através de recetores, trabalhando-as de forma a fornecer respostas adequadas (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002). Ainda de acordo com os mesmos autores, estando o sistema nervoso dividido em central e periférico, a informação que parte da periferia e chega ao sistema nervoso central é designada por aferente enquanto a que vai do sistema nervoso central chegando à periferia é designada por eferente. É no cérebro que é analisada e integrada a informação proveniente da via aferente bem como é construída a informação da via eferente. A medula espinal para além de ser uma via de circulação é também o primeiro nível de integração da informação aferente e da proveniente do cérebro, sendo também aqui que são construídas as respostas reflexivas segmentares. As vias nociceptivas (elementos do sistema nervoso) têm como funções detetar, transmitir, analisar e controlar as informações produzidas por uma lesão tecidual, dando-lhe depois uma resposta adequada. Os nociceptores (células nervosas especializadas) são recetores sensoriais localizados nos músculos, vísceras, pele e tecido conjuntivo e respondem aos estímulos provocados pela lesão térmica, mecânica ou química.

Esta resposta consiste na libertação de mediadores químicos, designado por exsudado inflamatório, composto por iões de hidrogénio, potássio, prostaglandinas, serotonina, adrenalina, citocinas, neuroquininas e vários péptidos. São os nociceptores que ao serem estimulados transportam o impulso doloroso à medula espinhal e desta até ao cérebro pelas vias aferentes (Metzger et al, 2002). A nocicepção reporta a eventos neurológicos relacionados com respostas reflexas. Já a dor é uma experiência sensitiva e emocional. Assim, nocicepção não causa necessariamente dor e esta pode surgir sem nocicepção (Bidarra, 2010).

Uma das teorias modernas mais influentes que pretende descrever os mecanismos subjacentes à perceção de dor é a *Gate Control Theory*, proposta por Melzack e Wall em 1965 (Moayedi & Davis, 2012). Esta teoria inclui tanto respostas fisiológicas como psicológicas na sua definição de dor. Os seus autores defendem a existência de um mecanismo de “portão” ao nível dos cornos posteriores medulares que modula a transmissão de informação sensorial, desde as fibras periféricas até ao sistema nervoso central (Bidarra, 2010; Sousa, 2009). O mecanismo de “portão” de nocicepção é controlado pela atividade das fibras mielinizadas (de grande calibre), que inibem (fecham) o “portão” e das fibras finas que facilitam (abrem) o “portão”. Quando a informação nociceptiva atinge um limiar que excede a inibição provocada, o “portão” é aberto ativando as vias que levam à experiência de dor (Moayedi & Davis, 2012). De acordo com Dias (citado por Sousa, 2009) a *Gate Control Theory* apoia a razão do efeito das intervenções não-farmacológicas. O sistema opióide endógeno é constituído por endorfinas (péptidos idênticos à morfina produzidos ao longo das sinapses do sistema nervoso central) que modulam a transmissão das perceções da dor associando-se a recetores opióides específicos que se encontram no cérebro e na substância gelatinosa dos cornos posteriores da medula. Alguns destes recetores, por se encontrarem em regiões associadas a emoções, para além de elevarem o limiar de tolerância à dor produzem também sedação e sentimentos de euforia (Sousa, 2009).

Contudo, apesar dos progressivos avanços na compreensão dos mecanismos da dor por parte dos profissionais de saúde, na evolução e crescimento constante das alternativas de tratamento e na divulgação da dor e suas estratégias de controlo, os doentes referem alívio inadequado da dor especialmente quando se encontram numa situação que não a conseguem autoavaliar (Doran, 2011), como acontece frequentemente com a PSC. Acresce o facto de vários estudos evidenciarem a

prevalência da experiência de dor também durante os internamentos em UCI's (Puntillo, citada por Gélinas et al, 2012).

A OE define PSC como, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, de 20 de Novembro, p. 8656). A dor na PSC pode advir das doenças pré-existentes e/ou da doença/trauma atual. No entanto, pode também surgir associada ao próprio ambiente do serviço devido às técnicas de monitorização, dispositivos médicos (cateteres, drenos, dispositivos de ventilação invasiva ou não invasiva) e/ou às intervenções de enfermagem (realização de pensos, posicionamentos, aspiração de secreções) como é referido por Puntillo et al., (citados por Gélinas et al., 2012).

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003) o enfermeiro, beneficiando da proximidade e tempo de contacto com o doente, dispõe de competências para intervir nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Indo ao encontro das competências de enfermagem nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2012), o enfermeiro designa a dor como foco de atenção contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de complicações, dando assim resposta aos enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Dando ênfase a esta temática na prática da enfermagem, a OE, publica em 2008 o Guia Orientador de Boa Prática – Dor, resultado do trabalho de um grupo designado por “O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor” em colaboração com um conjunto de peritos. Neste documento são definidos: a) princípios orientadores da prática de cuidados ao doente com dor, cuidador principal e família; b) recomendações para a prática profissional na área da prestação de cuidados, da formação e das políticas organizacionais; c) e um algoritmo de atuação de enfermagem para controlo da dor, evidenciando assim a intervenção do enfermeiro nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2008), contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Cuidar do doente com dor consiste num desafio para a enfermagem na medida em que, perante a dor, cada doente sente, reage e verbaliza de forma única e diferente de outro (Silva, 2013). O enfermeiro é fundamental na gestão da dor com implicações na avaliação, aplicação de intervenções não-farmacológicas para

promoção do conforto e na avaliação do tratamento implementado (Bucknall, Manias, & Botti, 2007). Para além de promover o controlo da dor, o enfermeiro interage frequentemente com o doente beneficiando disto para otimizar a gestão da dor através da comunicação, educação e, quando apropriado, administração de fármacos (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 2010). A dor representa assim um diagnóstico de enfermagem a partir do qual será construído um plano de cuidados com o objetivo de conseguir controlo da dor do doente. Este plano começa por identificar o problema, definindo depois os procedimentos necessários que incluem a avaliação da dor, o planeamento de intervenções específicas para o seu controlo, a sua execução e avaliação (Castro, 2012).

Frequentemente, um conhecimento lacunar e a ausência de competências adequadas na área da dor são apontadas na literatura como barreiras à sua efetiva gestão (Moceri & Drevdahl, 2014; Schreiber et al., 2014), o que justifica a importância de formação nesta área (Grinstein-Choen, citado por Schreiber et al., 2014).

1.3. Intervenções não-farmacológicas no controlo da dor

Embora a gestão da dor em contexto hospitalar seja maioritariamente realizada através de intervenções farmacológicas, já existe evidência da utilização de intervenções não-farmacológicas, como complemento às farmacológicas ou como tratamento alternativo na gestão de sintomas, incluindo a dor (Bausewein, Booth, Gysels, & Ij, 2008). Também a OE considera a sua aplicação essencial em situações potencialmente dolorosas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). As intervenções não-farmacológicas são definidas por Boldt, Eriks-Hoogland, Brinkhof, Bie e Elm (2011) como terapias que não envolvem a administração de medicamentos ou qualquer outra substância ativa. Na opinião de Chlan (2002), as intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor têm um lugar próprio no cuidar da PSC e podem ser implementadas pelos próprios enfermeiros ou, eventualmente por algum profissional por eles sugerido. Apesar de se poder pensar que estas intervenções são algo recente, já Florence Nightingale fazia referência a elas reconhecendo mesmo a potencialidade da música na cura dos doentes (Nightingale, 1980).

De igual modo o PNLCD (Direcção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor, 2001) menciona que o tratamento da dor deve incluir não só intervenções farmacológicas mas também intervenções não-farmacológicas. No Guia Orientador de Boa Prática relativo à dor, a OE destaca que o enfermeiro deve implementar intervenções não-farmacológicas como complemento e não como substituto das intervenções farmacológicas. Recomenda ainda, que a escolha das intervenções não-farmacológicas deve expressar a opinião do doente, o objetivo do tratamento e a evidência científica disponível e atualizada (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Corroborando o referido, Dias (citado por Sousa, 2009) refere que em algumas situações as intervenções não-farmacológicas conseguem por si só proporcionar um adequado controlo da dor e em situações mais complexas estas intervenções podem funcionar como um complemento fulcral às intervenções farmacológicas.

Apesar de algumas intervenções não-farmacológicas serem comumente utilizadas pela enfermagem - massagem, aplicação de calor e frio (Faigles et al., 2013) - os seus mecanismos de ação para o controlo da dor ainda não foram claramente determinados (Manworren, 2015). Todavia, o estudo de Gélinas et al., (2012) acerca das perspetivas do doente/família e enfermeiros sobre a utilidade, relevância e aplicabilidade de intervenções não-farmacológicas na gestão da dor na UCI, revelou que intervenções como a massagem, musicoterapia, distração, técnicas de relaxamento e aplicação de calor/frio, otimizam o conforto e/ou aliviam a dor na PSC. Como se percebe, as intervenções não-farmacológicas constituem um importante recurso no controlo da dor. De acordo com Linhares e Doca (2010), ao recorrer a intervenções não-farmacológicas, como é o caso das técnicas de relaxamento, obtém-se uma reestruturação cognitiva dirigida às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência de dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão.

O enfermeiro que presta cuidados à PSC pode realizar estas intervenções não-farmacológicas ao doente, em geral sem efeitos adversos (Chlan, 2002). Dando destaque às intervenções autónomas de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2008), inclui também as intervenções não-farmacológicas como parte integrante dos cuidados de enfermagem no controlo da dor. Este órgão apresenta-as divididas em três categorias: a) cognitivo-comportamentais - relaxamento, distração,

imaginação, treino de estratégias de *coping*; b) físicas - aplicação de calor/frio, massagem, imobilização, exercício, estimulação elétrica transcutânea; c) de suporte emocional - toque terapêutico, escuta ativa, medidas de conforto.

Como tem vindo a ser referido, o enfermeiro desempenha um papel importante na gestão da dor. Ao aplicar intervenções para que a gestão da dor seja efetiva, o enfermeiro tem de considerar e ter conhecimento acerca destas intervenções complementares e alternativas (Schulenburg, 2015). No seu estudo de investigação realizado no âmbito do doutoramento em Enfermagem, Santos (2013) refere que as modalidades terapêuticas não convencionais (onde inclui as intervenções não-farmacológicas) ampliam o repertório das opções terapêuticas dos enfermeiros no que diz respeito às intervenções autónomas, introduzindo novas intervenções, inovando a prática, ou recuperando outras, salientando a importância da aquisição de conhecimento nesta área.

Este referencial teórico, aqui sucintamente apresentado, constituiu-se como elemento norteador nas atividades realizadas nos três contextos de estágio que irei descrever ao longo do próximo capítulo.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

O percurso de desenvolvimento de competências foi realizado ao longo de três campos de estágio: uma Unidade da Dor (UD), um SU e uma UCI, todos em Hospitais da área da Grande Lisboa. A experiência e a panóplia de intervenções não-farmacológicas disponíveis na UD foram as razões de escolha deste campo de estágio. A escolha do SU residiu no facto de ser um serviço de urgência polivalente, dando assistência a um elevado número de PSC's funcionando também como centro de trauma, e ser o SU da instituição onde exerço funções, o que me possibilitou uma melhor compreensão da continuidade de cuidados. Optei por realizar um período de estágio curto no meu contexto de trabalho, procurando sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática aqui retratada.

Para atingir os objetivos delineados, foram desenvolvidas atividades em cada um dos campos de estágio, sendo que algumas foram transversais aos três. São disso exemplo:

- ✓ Pesquisa de literatura;
- ✓ Análise de objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro orientador.

A pesquisa de literatura, nomeadamente na área da gestão não-farmacológica da dor, foi uma atividade desenvolvida desde o início da elaboração do projeto de estágio que antecedeu este relatório. No decorrer dos estágios, a pesquisa permitiu a mobilização de conhecimentos adquiridos e a sua transformação na ação conduzindo-me a uma prática teoricamente sustentada.

Em cada campo de estágio, a análise conjunta dos objetivos foi de grande importância permitindo uma adequação das atividades propostas ao contexto real.

2.1. Estágio I: Unidade da Dor

A funcionar desde 1993, este Serviço integra o Departamento de Emergência, Dor e Peri-Operatório do hospital em que se insere e tem como missão a prestação de serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários referenciados à UD, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da sua área de influência. Com uma equipa fixa de quatro médicos anestesiologistas e cinco enfermeiros, é um serviço maioritariamente de ambulatório, prestando apoio aos serviços de internamento através da deslocação diária de um médico e um enfermeiro, dando seguimento a uma referenciação prévia para colaboração na otimização da terapêutica na dor não controlada. Para além da consulta externa, com intervenção do enfermeiro no acolhimento, existe também a consulta telefónica de enfermagem. Acresce o Hospital de Dia (HD), onde são realizadas intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o controlo da dor, bem como uma consulta multidisciplinar com a especialidade de oncologia (bimensal) e com a especialidade de neurologia (mensal), consulta de psicologia individual (diária), psicoterapia de grupo (semanal), consulta de dietética (bimensal), tratamentos de mesoterapia (semanal) e ozono terapia (semanal), *reiki* (semanal), acupunctura (bimensal) e consulta de psicomotricidade (semanal), sob responsabilidade dos respetivos especialistas.

O estágio decorreu no período de 6 de outubro a 23 de novembro de 2014, num total de aproximadamente 200 horas. Os objetivos e as atividades desenvolvidas encontram-se descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio I

Objetivos	Atividades
1. Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<p>Consulta de normas e procedimentos, protocolos e projetos desenvolvidos e em desenvolvimento.</p> <p>Recolha de informação sobre a constituição da equipa, funções dos diferentes elementos e método de distribuição do trabalho.</p> <p>Recolha de informação acerca do circuito do doente no serviço e da sua articulação com outros serviços do hospital.</p> <p>Sessão de formação “Introdução ao programa Mendeley®”.</p>
2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem no âmbito da gestão da dor na PSC	<p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem.</p> <p>Realização de consultas de acolhimento.</p> <p>Assistir a consultas médicas de avaliação e de <i>follow-up</i>.</p>
3. Adquirir competências especializadas de enfermagem na gestão não-farmacológica da dor na PSC	<p>Colaboração nas intervenções não-farmacológicas de controlo da dor realizadas por enfermeiro.</p> <p>Colaboração em intervenções não-farmacológicas de controlo da dor realizadas por outros profissionais.</p> <p>Assistir a consultas de psicologia.</p> <p>Assistir a consultas de psicomotricidade.</p> <p>Curso de Massagem Terapêutica e Bandas Neuromusculares.</p> <p>Sessão de formação “Técnicas de Massagem Terapêutica”.</p> <p>Reflexão sobre a prática.</p> <p>Jornais de aprendizagem e estudo de caso.</p> <p>Frequência das 22^{as} Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta.</p>

Objetivo 1 - Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço

A consulta de manuais de normas e procedimentos bem como de protocolos disponíveis foram atividades importantes no meu processo de integração. Foi também possível, durante os primeiros dias e através de conversas informais com os elementos da equipa multidisciplinar, compreender o funcionamento da equipa bem como o circuito do doente no serviço e a sua articulação com os outros serviços do

hospital e com os centros de saúde. Também as reuniões que já havia tido com a enfermeira-chefe, aquando da realização do projeto que antecedeu este relatório, ajudaram neste processo de integração. Este processo inicial de socialização no serviço permitiu uma apropriação de valores, normas e comportamentos tidos como desejáveis numa aprendizagem que decorre em tempo estimável (Correia, 2012).

Outra atividade que contribuiu para a integração na equipa multidisciplinar foi a realização de uma sessão de formação. Uma vez que alguns elementos da equipa multidisciplinar se encontravam a realizar formação pós-graduada e outros elementos em fase de publicação de artigos, identifiquei como necessário realizar uma sessão de formação acerca de um programa de gestão de referências bibliográficas - Mendeley®. Esta sugestão foi acolhida com muito agrado pela enfermeira-chefe que a partilhou com a equipa de saúde. A sessão contou com a presença da equipa de enfermagem, uma médica anestesiologista e uma enfermeira de outro serviço, convidada pela enfermeira-chefe.

Resultados – O processo de integração, que englobou o conhecimento do serviço e da equipa, foi crucial no desenvolvimento do estágio permitindo antecipar algumas possíveis dificuldades. Penso que a minha vontade de aprender em conjunto com a disponibilidade e gosto pela formação de toda a equipa multidisciplinar, em especial da enfermeira que orientou o estágio e da enfermeira-chefe, foram elementos-chave não só para o sucesso da minha integração mas também para o desenvolvimento positivo do estágio, culminando em aprendizagens significativas.

Reconheço que a realização da sessão de formação foi também importante no meu processo de integração no serviço já que foi demonstrado grande interesse para a sua concretização e o *feedback* foi muito positivo. Mesmo quem não teve oportunidade de assistir, solicitou posteriormente o documento de suporte produzido.

Objetivo 2 - Desenvolver competências especializadas de enfermagem no âmbito da gestão da dor na PSC

Ao longo do estágio colaborei na prestação de cuidados de enfermagem em todas as valências existentes no serviço destacando: consulta de acolhimento, apoio a serviços de internamento, consulta telefónica e HD.

O acolhimento acontece quando alguém tem o primeiro contacto com uma nova realidade, ocorre sempre entre indivíduos em que um deles dá a conhecer essa nova realidade, contexto ou espaço, ao outro que não a conhece (Dutra, 2009). Esta interação pressupõe uma relação entre ambos, onde normalmente quem acolhe tenta atenuar o impacto do desconhecido em quem é acolhido. A consulta de acolhimento de enfermagem ocorre no primeiro contacto do doente e sua família com a UD e é neste momento que o enfermeiro apresenta o serviço. É no acolhimento que o enfermeiro questiona o doente acerca da sua história de dor - localização, início, duração, tipo, intensidade, factores de alívio e de agravamento. No final é entregue um guia de acolhimento do serviço com ideias a reter, como sendo o número de telefone direto da UD para a consulta telefónica.

A consulta telefónica possibilita o esclarecimento de dúvidas existentes, a realização de pedidos de receituários de medicação prescrita na consulta da UD e a alteração de marcação de consultas e de tratamentos. A chamada telefónica é atendida por um enfermeiro que regista em formulário próprio os dados relevantes, avaliando a necessidade de intervenção de outro profissional (médico, psicóloga, assistente social). De salientar que em todas as consultas telefónicas o enfermeiro avalia e regista a dor do doente, com recurso às escalas qualitativa ou numérica de avaliação da dor.

O HD funciona numa das salas do serviço e é aqui que são realizadas as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o controlo da dor (exceto as sessões de *reiki*), bem como os ensinamentos adequados ao doente e/ou sua família.

Para além disto, o serviço presta também apoio aos serviços de internamento do hospital. As exceções são a UCI e o SU, sendo que ao SU a UD concede apoio telefónico. De acordo com as solicitações, em regra para otimização de terapêutica em dor crónica, um enfermeiro e um médico da UD deslocam-se diariamente aos respetivos serviços avaliando o doente e questionando a equipa multidisciplinar no que respeita à dor. O médico da UD ajusta então a terapêutica de acordo com essa avaliação. Nas visitas seguintes é avaliada a eficácia da terapêutica até a dor estar controlada. É realizado também um registo escrito destas visitas. De referir ainda que os turnos na UD têm início com a passagem da informação relativa a cada um dos doentes observados no dia anterior, por parte de quem realizou a visita para a restante equipa de médicos e enfermeiros. Esta partilha de informação serve também para discussão de alguns casos onde a otimização da terapêutica se tem

vindo a relevar menos eficaz, procurando outras soluções no seio da equipa multidisciplinar.

A realização de consultas de acolhimento surgiu naturalmente da minha evolução no estágio. Após ter assistido a várias consultas foi-me possibilitada a oportunidade de ser eu a fazê-lo, sob supervisão clínica. Como dificuldade, saliento a capacidade de comunicar assertivamente com o doente/família. Fui ultrapassando esta dificuldade através da experiência e da orientação profissional recebida.

Assisti também a consultas de avaliação médica (que complementam a consulta de acolhimento) e a consultas de *follow-up*. Na consulta de avaliação médica, o médico continua a avaliação iniciada pelo enfermeiro tentando localizar e restringir a ou as áreas corporais onde existe dor, podendo ser mesmo necessária a mobilização de articulações, segmentos musculares e/ou a estimulação de alguns pontos a nível muscular, nervoso e/ou tendinoso. No caso de existir mais do que uma área corporal distinta com dor, o médico tenta perceber se esta surge e se manifesta da mesma forma (aprofundando aquilo que já foi questionado pelo enfermeiro). A partir desta avaliação é estabelecido um plano de tratamentos com intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. A consulta de *follow-up* tem como principal objetivo perceber a eficácia do tratamento prescrito e identificar necessidade de alteração do mesmo.

Resultados – Reconheço que, colaborar nas atividades desenvolvidas na UD com toda a equipa multidisciplinar foi determinante neste processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem na gestão não-farmacológica da dor. Conforme refere Stone (2010), os profissionais de saúde devem adquirir capacidades para uma prática interpessoal, colaborativa e de trabalho em equipa, contribuindo assim de uma forma positiva para uma cultura organizacional. A autora diz ainda que estas capacidades permitem uma melhoria dos cuidados de saúde no âmbito da segurança do doente, satisfação profissional e eficiência do serviço de saúde. Por outro lado, o exercício profissional multidisciplinar em conjunto possibilita que as várias disciplinas aprendam das outras, com as outras e sobre as outras (Neves, 2012). Ao defender que a gestão da dor carece de uma abordagem multidisciplinar (Bastos, 2005), o trabalho em equipa adquire uma importância especial neste âmbito de intervenção de cuidados de saúde. Também a relação entre a equipa multidisciplinar e o doente/família é preponderante à eficácia dos

cuidados e no caso desta UD baseia-se no respeito e aceitação das decisões feitas, tal como é referido no Manual de Dor Crónica (Ritto et al., s.d.).

A possibilidade de primeiro assistir e depois realizar consultas de acolhimento, de uma forma progressivamente mais autónoma, fez-me compreender a efetiva importância da colheita de dados que é realizada, principalmente no que respeita à história de dor. Todo o tratamento está dependente desta consulta fazendo, na minha opinião, parte integrante da gestão não-farmacológica da dor, pois como refere Kolcaba (2003) é importante determinar o que pode agravar a dor de forma a conseguir intervir de forma apropriada evitando o seu agravamento.

Apesar de não ser comum no serviço o enfermeiro assistir à consulta médica, considerei importante fazê-lo não só pelo processo de integração na equipa multidisciplinar mas também pela aquisição de conhecimento na gestão da dor.

Objetivo 3 – Adquirir competências especializadas de enfermagem na gestão não-farmacológica da dor na PSC

A realização de intervenções não-farmacológicas de controlo da dor - distração, aplicação de calor (através da técnica de diatermia), aplicação de frio, Estimulação Muscular de Alta Frequência (EMAF) foi uma das principais expectativas e motivações deste estágio.

A intervenção designada por distração é definida por Glanze (citado por Williams et al, 2009) como o procedimento que previne ou diminui a perceção da dor, focando a atenção do doente em sensações não associadas a dor. Funciona como uma técnica para ajudar o doente a focar-se em estímulos que lhe sejam prazerosos em vez de focos dolorosos e/ou *stressantes* (Williams et al., 2009). A utilização deste tipo de intervenção pode ajudar o doente a ultrapassar situações desagradáveis e dolorosas, otimizando o conforto e aliviando a dor. Existem várias formas de o fazer através de recursos como televisão, vídeos de entretenimento, música ou outras atividades preferidas do doente bem como, conversar com o doente durante procedimentos dolorosos. No estágio, recorri à conversação associada à escuta ativa como forma de distração, identificando atividades que proporcionassem satisfação ao Outro e que fossem passíveis de realizar, por exemplo, a realização de caminhadas e/ou outro tipo de exercício físico adequado à situação clínica, leitura e atividades de lazer com familiares e/ou amigos.

Outra intervenção não-farmacológica importante foi a terapia pelo calor, cujos benefícios se devem ao aumento da circulação sanguínea à pele, à dilatação dos vasos, ao incremento do aporte de oxigénio e nutrientes aos tecidos e à diminuição da rigidez articular através do aumento da elasticidade muscular (Gatlin & Schulmeister, 2007). Através da utilização de um aparelho de diatermia (aplicado ao nível da região cervical e/ou lombar, nesta UD), mediante a circulação de correntes de alta frequência, esta técnica pretende favorecer a regeneração tecidual, promover o aumento da circulação sanguínea na região lesada, provocar o relaxamento muscular e um consequente alívio da dor. No entanto, esta intervenção apresenta como contraindicações: alterações da sensibilidade térmica, doentes sedados ou obnubilados, bem como patologias inflamatórias agudas, neoplasias, discrasias hemorrágicas, vasculopatias ateroscleróticas e áreas isquémicas (Branco et al., 2005). De acordo com os autores, está também contraindicada a sua aplicação sobre a região ocular, útero grávido e cartilagens de crescimento e em doentes portadores de *pacemaker* ou material de osteossíntese. A referir que no final de cada tratamento por diatermia, o enfermeiro realizava uma massagem no local onde havia sido aplicado o calor. A massagem é designada por Kolcaba (2003) como *comfort food for the soul*, proporcionando conforto ao doente através de antigos e básicos cuidados de enfermagem.

A terapia pelo frio, vulgarmente associada à aplicação de gelo, é comumente conhecida pelo seu efeito anti-inflamatório. Pode ser realizada através da aplicação de gelo ou compressas geladas para o alívio da dor associada a edema, espasmos musculares e lesões músculo-esqueléticas (Williams et al., 2009). Na UD, a aplicação de gelo era realizada habitualmente após procedimentos invasivos, como as infiltrações articulares e musculares ou o bloqueio de nervos periféricos.

Como se sabe, as técnicas de termoterapia não são isentas de riscos, justificando precauções em situação de feridas abertas, alterações do estado de consciência ou alterações cognitivas (sem vigilância e monitorização do local), estados febris ou processos inflamatórios, inflamações agudas e/ou hematomas (Williams et al., 2009).

A EMAF foi outra das técnicas que tive oportunidade de realizar no âmbito das intervenções não-farmacológicas disponíveis no serviço. Esta técnica consiste na estimulação muscular externa e é utilizada nesta UD de forma a diminuir a dor e

o desconforto da neuropatia diabética. Estudos confirmam que a simulação do exercício muscular provoca uma diminuição da insulinoresistência periférica (Rose et al., 2008). Com a realização deste tratamento pretende-se uma estimulação muscular e um aumento do metabolismo, com melhoria da sensibilidade para a insulina e naturalmente, o alívio da dor. Na UD cada tratamento tem a duração de 30 minutos e habitualmente na primeira semana são realizados em três dias seguidos. Nas semanas seguintes poderão ser realizados um a dois tratamentos por semana. A EMAF, tal como outras eletroterapias, apresenta algumas contraindicações, como sendo, presença de *pacemaker* ou outros implantes eletrónicos, gravidez, infeções bacterianas ou irritação da pele, fraturas recentes, epilepsia e quadros de trombose aguda (Heidland et al., 2013).

Para além das intervenções não-farmacológicas realizadas pela equipa de enfermagem teve também oportunidade de colaborar com outros profissionais - *reiki* e eletroacupuntura. O *reiki* é uma intervenção terapêutica associada a medicinas alternativas, ainda alvo de controvérsias mas que são procuradas e utilizadas por um número significativo de pessoas, existindo no entanto pouca evidência sobre a sua eficácia (Jain & Mills, 2010). Com origem no budismo no Tibete (Alandydy & Alandydy e Wardell & Engerbretson, citados por Williams et al., 2009), esta intervenção terapêutica é definida como uma energia de vida guiada espiritualmente, desde o profissional até quem a recebe estimulando a energia inata deste facilitando a auto-cura (Coakley & Barron, 2012; National Center for Complementary and Integrative Health, 2014). No seu estudo, Alandydy e Alandydy verificaram que existe uma diminuição do uso de analgésicos, diminuição do tempo de internamento e aumento da satisfação dos doentes com as sessões de *reiki* (Williams et al., 2009). De acordo com a literatura, o *reiki* é uma intervenção não invasiva e relaxante que está ao alcance da prática de enfermagem (Thrane & Cohen, 2014).

Por sua vez, a acupuntura consiste na introdução de agulhas de fino calibre em pontos específicos do corpo e por vezes pela aplicação de estímulos elétricos nessas mesmas agulhas, com frequências variadas, designando-se neste caso por eletroacupuntura (Silvério-Lopes, 2013). A *Gate Control Theory* tenta explicar os resultados da acupuntura, referindo que o efeito de um estimulante sensorial que provoque dor pode ser suprimido por outro estimulante (neste caso a picada da agulha) no sistema nervoso (Demir, 2012). Existe evidência disponível de que a acupuntura estimula a libertação de endorfina, serotonina e acetilcolina no sistema

nervoso central (van Tulder, Furlan, & Gagnier, 2005), contribuindo para o controlo da dor e relaxamento muscular.

No âmbito de uma abordagem multidisciplinar da dor, este serviço conta também com uma psicóloga. As terapias cognitivo-comportamentais, individuais ou de grupo parecem ser a intervenção psicoterapêutica mais estudada para o controlo da dor (Nicolson et al., citados por Garrido & Silva, 2013). Na consulta de psicologia, a que o doente da UD recorre por iniciativa própria ou sugestão médica e/ou de enfermagem, existe uma tentativa de ensino de estratégias de *coping* e também de reestruturação de padrões de pensamento e de vida negativos para novos padrões mais positivos. No que respeita à terapia de grupo, este é formado por sugestão da psicóloga a cada um dos elementos, podendo estes recusar e abandonar o grupo se assim o desejarem. O grupo reúne uma vez por semana, existindo uma partilha de vivências eficaz.

Resultado da reformulação dos meus objetivos iniciais para este campo de estágio surgiu a oportunidade de assistir a consultas de psicomotricidade, o que veio a revelar-se como uma aprendizagem na gestão não-farmacológica para o controlo da dor. Com total desconhecimento nesta especialidade, foi importante ter assistido a estas consultas e ter interagido com a psicomotricista de forma a compreender os seus princípios no controlo da dor e na promoção do conforto do doente. O treino de relaxamento é uma das terapias corporais preconizadas para o tratamento da dor (Garrido & Silva, 2013). Nas consultas a que assisti foi precisamente esta técnica que revelou resultados imediatos, indo ao encontro do estudo conduzido por Lim, Yobas e Chen (2014) demonstrando que a aplicação regular, três vezes por dia, de intervenções de relaxamento funciona como uma ferramenta para a gestão da dor, ansiedade e *stress* no pós-operatório melhorando também a autoeficácia dos doentes, neste caso submetidos a colocação de prótese total do joelho.

Ao constatar que a massagem é uma das intervenções não-farmacológicas mais utilizadas em enfermagem, considero que a sua eficácia deve ser otimizada pelo que me propus a desenvolver competências na área. Assim, realizei um Curso de Massagem Terapêutica e Bandas Neuromusculares, com uma duração de aproximadamente 30 horas presenciais (Anexo I).

Desta formação, sublinho que relativamente à técnica de massagem terapêutica foram relevantes todos os conteúdos abordados, principalmente o que diz respeito a objetivos da massagem, indicações, contraindicações, precauções,

componentes da massagem (ritmo e frequência, pressão, direção, duração e frequência das sessões), efeitos da massagem e às técnicas propriamente ditas. De salientar que os componentes da massagem variam consoante o seu objetivo. Por exemplo, se o objetivo for o relaxamento, o ritmo deve ser regular, a frequência lenta, a pressão exercida deve ser leve, a direção deve ser centrípeta e paralela às fibras musculares; já se o objetivo for a libertação de aderências (no caso de cicatrizes ou contraturas musculares, por exemplo) o ritmo deve ser regular, a frequência deve ser rápida, a pressão exercida deve ser mais forte e a direção deve ser perpendicular às fibras afetadas. Quanto à duração de qualquer das técnicas, esta depende da área a tratar, da finalidade a atingir e da tolerância de quem a recebe, a frequência deve ser determinada em função dos resultados pretendidos. Por fim, no que diz respeito às técnicas de massagem foi crucial o tempo alargado disponibilizado para a sua aplicação na prática sob a supervisão do enfermeiro formador.

Em jeito de analisar o impacto do Curso, a temática das Bandas Neuromusculares (BNM) era praticamente desconhecida para mim, constituindo-se como mais uma possibilidade de intervenção não-farmacológica para o controlo da dor e promoção do conforto, aliada também à massagem terapêutica. Foi significativo perceber os seus benefícios: a) analgesia; b) melhoria da função muscular (pela regulação do tônus muscular); c) ajuda na função articular (estímulo da proprioceção, correção da posição articular e da direção do movimento, aumento da estabilidade); d) melhoria das circulações sanguínea e linfática. Volto a salientar a importância da componente prática deste curso para uma maior apropriação do conhecimento teórico.

No sentido de poder contribuir para a formação contínua dos enfermeiros deste serviço, responder às competências descritas para o EE (Regulamento nº 122/2011, de 29 de Maio), e divulgar o conhecimento adquirido, realizei uma sessão de formação para a equipa de enfermagem acerca de técnicas de massagem terapêutica (Apêndices I e II). Esta ideia surgiu igualmente de uma necessidade manifestada na equipa de enfermagem. A sessão teve como objetivo geral reconhecer a importância da massagem como uma intervenção autónoma de enfermagem na gestão não-farmacológica da dor, contando com a presença da totalidade da equipa de enfermagem bem como de outra estudante de mestrado em enfermagem em estágio no contexto. No final da sessão surgiram sugestões para a

melhoria das práticas no serviço no que diz respeito à realização das técnicas de massagem apresentadas. Acresce a valorização transmitida pela enfermeira-chefe da necessidade de continuidade desta formação no sentido de otimizar a realização da técnica por toda a equipa de enfermagem e mesmo a restante equipa multidisciplinar, suprimindo lacunas e aperfeiçoando práticas.

Como é sabido, a experiência só por si não é formativa, para isso ela precisa de ser refletida. A enfatização da prática reflexiva tem sido transversal a todas as unidades curriculares deste Curso de Mestrado. É importante refletir sobre a experiência e não apenas vivenciá-la, perceber onde falhámos para corrigir mas também onde tivemos sucesso percebendo porque resultou, conseguindo depois transferir esse conhecimento para outras situações idênticas, melhorando os cuidados que prestamos. Ao longo do estágio, para além das minhas reflexões individuais, consegui ter vários momentos em conjunto com a enfermeira orientadora, com a enfermeira-chefe e também com a professora orientadora. Na ótica de Santos e Fernandes (2004), a prática reflexiva consiste num importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas.

De igual modo, a realização de jornais de aprendizagem possibilitou-me uma reflexão consistente sobre uma situação real de cuidados, permitindo analisar à *posteriori* o que senti, o que pensei e o que fiz, contribuindo para a construção de uma nova perspetiva da experiência vivida.

Ao realizar um estudo de caso, visando uma estratégia de investigação empírica que permite estudar aprofundadamente fenómenos no seu contexto real (Grilo & Mendes, 2012), analisei de forma sistematizada uma situação de cuidados - desde a pesquisa realizada para o enquadramento teórico e a ligação da situação escolhida com o referencial teórico adotado (Teoria do Conforto de Kolcaba) até à realização do plano de cuidados, com o levantamento de diagnósticos, planeamento e execução de atividades e avaliação dos resultados obtidos.

Durante o estágio tive oportunidade de estar presente nas 22^{as} Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta de onde destaco a conferência “Opióides, Pipocas, Halloween e S. Valentim” e as mesas redondas: “Interações medicamentosas no tratamento da dor crónica” e “A Dor: do corpo traído ao corpo desejante”.

Apesar de a temática do meu relatório abordar a gestão não-farmacológica da dor, esta também faz sentido como adjuvante à gestão farmacológica. Assim, reconheci interesse na conferência “Opióides, Pipocas, Halloween e S. Valentim” com a sua ideia central de desmistificação do receio da prescrição e da toma de opióides no tratamento da dor. Foi curiosa a comparação que o palestrante fez entre a importação de tradições dos Estados Unidos da América, como o Halloween e o S. Valentim e a importação de consumos ilícitos de opióides fortes com o consequente aumento da mortalidade por *overdose*. Conclui-se que, apesar de termos importado para Portugal as tradições festivas, o consumo ilícito de opióides fortes não foi ainda importado. O palestrante sugere que passa pela educação e vigilância das prescrições e consumos de opióides a prevenção desta importação.

Foi também enriquecedor ter assistido à mesa redonda acerca das interações medicamentosas já que, regra geral, os doentes com dor encontram-se polimedicados e nem sempre os medicamentos são compatíveis. Destaco a referência feita à importância das intervenções não-farmacológicas conseguindo-se assim, por vezes, evitar a introdução de mais um fármaco.

Relativamente à mesa redonda “A Dor: do corpo traído ao corpo desejante” que abordou a relação entre o doente com dor e o seu corpo, destaco o facto de representar a importância da multidisciplinaridade no tratamento da dor. Da experiência obtida ao longo do estágio, percebi que muitas vezes quem tem dor rejeita o seu corpo, chegando a culpá-lo pelas suas limitações. Daí a importância da intervenção de outras especialidades como a psicologia, psicomotricidade e mesmo da psiquiatria para que este doente reconstrua uma nova imagem do seu corpo e uma nova relação com o mesmo.

Referindo-me mais uma vez à multidisciplinaridade no tratamento da dor, faço um breve destaque ao *workshop* “Saberes e sabores” realizado por uma dietista e um nutricionista. Não há dúvida de que a dor é um problema tão complexo que pode levar à desnutrição e daí a importância da intervenção destes especialistas. Foi também importante a alusão que fizeram à disfagia e o que pode ser feito para se colmatar esta situação, transversal a diversas patologias, mantendo uma dieta saudável e agradável a todos os nossos sentidos.

Resultados – Como referido anteriormente, a técnica de distração utilizada no decorrer do estágio foi essencialmente a conversação intencional e dirigida, sendo

interessante perceber os seus resultados, já que por diversas vezes os doentes referiram que a sua dor tinha desaparecido. O *feedback* relativo ao tratamento com a diatermia foi também muito positivo, havendo elevada adesão às sessões marcadas. Também a aplicação de gelo, nos locais de punção das infiltrações e bloqueios de nervos, tinha um efeito positivo no controlo da dor. Já no que diz respeito à EMAF, o efeito deste tratamento era referido como uma melhoria significativa no que respeita ao alívio da dor, sentindo também um agravamento da mesma se faltassem ao tratamento, sendo por isso uma técnica que carece de uma realização mais prolongada no tempo, de forma a manter a sua eficácia.

As oportunidades aproveitadas para a realização destas intervenções foram um grande contributo no processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, através do conhecimento e habilidades em intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor, um dos itens incluídos na gestão da dor na PSC no quadro de competências do EE em enfermagem em PSC (Regulamento nº 124/2011, de 20 de Novembro). Para além disso, foi muito gratificante observar o seu efeito no controlo da dor e consequente aumento do conforto do doente, indo ao encontro da relação estabelecida entre conforto e dor (Kolcaba, 2003).

Relativamente à colaboração nas sessões de *reiki* e eletroacupuntura, apesar de não ter formação específica, foi importante ter tido conhecimento da sua aplicação para o controlo da dor. Também a oportunidade de estar com os profissionais que as realizam ajudou a compreender a sua eficácia no controlo da dor. Esta experiência permite-me agora melhor informar os doentes sobre estratégias possíveis, encaminhando-os adequadamente.

Assistir a consultas, individuais e de grupo, na área da psicologia e de psicomotricidade engrossou o meu leque de conhecimento nesta área, verificando resultados eficazes no controlo da dor. Relativamente à psicomotricidade destaco a técnica de relaxamento de Jacobson, de simples aplicação e muitas vezes implementada por enfermeiros, tal como me foi referido pela psicomotricista.

A realização do Curso de Massagem Terapêutica e BNM foi bastante interessante no meu percurso formativo uma vez que me proporcionou conhecimento para otimizar a realização da técnica de massagem, que fazia parte da minha prática profissional mas de uma forma empírica. Realço a utilidade do mesmo para os meus pares, razão pela qual realizei uma sessão de formação no

serviço, facilitando o desenvolvimento de competências técnicas na equipa de enfermagem no âmbito da massagem terapêutica no controlo da dor e promoção do conforto no doente. O conhecimento adquirido acerca das BNM e sua aplicação despertou a minha curiosidade para pesquisar bibliografia na área, enaltecendo a minha prática de forma contínua.

A constante pesquisa bibliográfica aliada à prática reflexiva através da realização de jornais de aprendizagem e de estudo de caso permitiu uma melhor compreensão da articulação entre a teoria e a prática em enfermagem, enfatizando a necessidade de atualização contínua no conhecimento em enfermagem. A elaboração deste tipo de trabalhos baseados na reflexão contribui então para compreender o vivido com um novo olhar, com capacidade crítica, intencional e sistemática, resultando em produção de conhecimento profissional.

Tanto a reflexão individual como os momentos de reflexão conjunta que surgiram muito naturalmente no decorrer do estágio, foram uma contribuição importante no meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem nomeadamente, na gestão da comunicação interpessoal e na gestão do estabelecimento da relação terapêutica com o doente/família, para além da gestão não-farmacológica da dor (Regulamento nº 124/2011, de 20 de Novembro). A reflexão sobre a minha experiência na UD e a partilha das diferentes experiências, quer da enfermeira orientadora quer da enfermeira-chefe, permitiram potenciar as oportunidades de aprendizagem que me foram disponibilizadas, otimizando a aquisição de competências, nomeadamente, sustentar a minha *práxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 122/2011, de 29 de Maio), e o desenvolvimento de outras adquiridas, principalmente na gestão da dor, mais especificamente na gestão não-farmacológica, demonstrando conhecimentos em intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor (Regulamento nº 124/2011, de 20 de Novembro). Também os momentos de reflexão com a professora orientadora permitiram uma otimização do meu percurso durante o estágio neste serviço.

Frequentar as jornadas da UD do Hospital Garcia de Orta contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na gestão da dor (Regulamento nº 124/2011, de 20 de Novembro). Este tipo de eventos incentiva a partilha de experiências e a discussão com peritos na área estimulando também a nossa reflexão, incorporando o que se ouviu/discutiu, permitindo o desenvolvimento

de uma *práxis* clínica especializada com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 122/2011, de 29 de Maio).

2.2. Estágio II: Serviço de Urgência

O SU escolhido para a realização de estágio foi um serviço de urgência polivalente, o nível mais diferenciado de resposta situações de urgência/emergência. A oferta de cuidados deste SU deve responder às necessidades de procura resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referenciação existentes apoiando os hospitais distritais da sua área de influência nas diversas especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas que estes não possuem. Este SU tem integrado um centro de trauma, cabendo-lhe também a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012). A imprevisibilidade e complexidade das situações clínicas, a necessidade constante de estabelecer prioridades (numa permanente triagem aos doentes) e as características específicas de cada posto de trabalho de enfermagem, torna o SU num campo de estágio essencial para o meu percurso de desenvolvimento de competências neste Curso de Mestrado.

O estágio decorreu no período de 24 de novembro de 2014 a 1 de fevereiro de 2015 num total de aproximadamente 250 horas. O quadro 2 descreve os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas.

Quadro 2 - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio II

Objetivos	Atividades
1. Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<p>Consulta de normas e procedimentos, protocolos e projetos desenvolvidos e em desenvolvimento.</p> <p>Recolha de informação sobre a constituição da equipa, funções dos diferentes elementos e método de distribuição do trabalho.</p> <p>Recolha de informação acerca do circuito do doente no serviço e da sua articulação com outros serviços do hospital.</p>
2. Adquirir competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família	<p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem.</p> <p>Colaboração na abordagem de enfermagem ao doente de acordo com a Triagem de Manchester.</p> <p>Colaboração nas intervenções não-farmacológicas de controlo da dor realizadas por enfermeiro.</p> <p>Sessão de formação “Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência”.</p> <p>Reflexão sobre a prática.</p> <p>Realização de jornais de aprendizagem.</p>
3. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família na sala de emergência	<p>Colaboração na prestação de cuidados à PSC e sua família na sala de emergência.</p> <p>Elaboração de folha de registo de tempos da PSC em plano-duro para o controlo da dor e prevenção de úlceras por pressão.</p>

Objetivo 1 - Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço

No processo de integração neste serviço senti necessidade de conhecer toda a estrutura física, orgânica e funcional. Isto foi possível através da realização de uma visita aos diferentes sectores, com o enfermeiro orientador, e da consulta de normas, procedimentos e protocolos através do sistema informático e da intranet da instituição. Foram também importantes os esclarecimentos acerca do programa informático utilizado para consulta e registos de enfermagem, facilitando a prestação

de cuidados na medida em que me tornou mais autónoma na consulta e registo de dados dos doentes sob a minha responsabilidade. Ter realizado turnos no sector de balcão permitiu também conhecer outro método de trabalho: método à tarefa. Considero que, atendendo às características específicas deste sector, este será o método de trabalho mais adequado uma vez que as intervenções de enfermagem são realizadas à medida que as necessidades dos doentes vão surgindo.

A equipa multidisciplinar deste SU é constituída por enfermeiros (102 elementos), uma equipa fixa de medicina interna entre as 8h00 e as 16h00 e rotativa entre as 16h00 e as 8h00, especialidades em presença 24 horas (Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial), especialidades em presença até as 20h00 ficando depois em prevenção das 20h00 às 8h00 (Gastroenterologia e Vertebro-medular) e especialidades em presença noutro polo do centro hospitalar (Cirurgia Vascular, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Cardiorádica), assistentes operacionais e assistentes administrativos. Sempre que necessário, são também solicitados outros profissionais como sendo, técnicos de análises clínicas, de imagiologia e de cardiopneumologia, assistentes sociais e médicos anestesiológicos. A equipa de enfermagem encontra-se dividida em 91 elementos de prestação direta de cuidados (distribuídos por cinco equipas) e 11 elementos de gestão. A distribuição dos elementos pelos diferentes sectores é realizada pelo enfermeiro chefe de cada equipa tendo em conta os rácios normais para cada um deles.

No decorrer do estágio tive oportunidade de passar por todos os sectores do SU, realizando turnos na grande maioria deles - triagem, balcão de doentes triados com pulseira azul ou verde e com pulseira amarela ou laranja (de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester), salas de observação e salas de emergência (de reanimação e de trauma). Tive também oportunidade de assistir e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao doente encaminhado para a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC).

Relativamente à articulação do SU com outros serviços, destaco a VVAVC onde é dado apoio à equipa da Unidade Cerebrovascular (UCV) do Hospital. O enfermeiro do SU desloca-se ao serviço de imagiologia, onde em regra geral já se encontra a equipa da UCV, avalia e colabora na prestação de cuidados de enfermagem. A existência de equipas intra-hospitalares de urgência para a

avaliação e eventual tratamento de situações admitidas, é referida por Soares-Oliveira e Araújo (2014) como um dos pontos cruciais na implementação de sistemas de resposta integrada emergente ao acidente vascular cerebral, com o objetivo de melhorar o prognóstico modificando também os resultados clínicos. Desconhecendo a existência desta articulação entre a UCV e o SU, constato a utilidade e eficácia do trabalho entre equipas integrando as diferentes experiências.

Resultados – O conhecimento mais aprofundado do serviço e a integração bem-sucedida na equipa multidisciplinar, facilitada pelo conhecimento prévio de vários elementos e pela partilha da missão e valores do Centro Hospitalar onde está integrado, permitiram uma melhor compreensão de toda a dinâmica do SU. A disponibilidade e colaboração do enfermeiro orientador bem como de outros elementos da equipa multidisciplinar, coadjuvaram todo este processo de integração e, consequentemente, o desenvolvimento do estágio.

De igual modo, a passagem pelos diferentes sectores do SU foi capital para um domínio sobre o circuito do doente.

Objetivo 2 – Adquirir competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família

A experiência de dez anos de trabalho na área dos cuidados intensivos fez com que as intervenções de enfermagem realizadas no SU não fossem totalmente uma novidade, sendo também algo facilitador da integração no serviço. O desafio deste estágio esteve na gestão de prioridades. No SU a imprevisibilidade é uma constante, quer na admissão dos doentes quer na própria evolução das situações. Daí a importância dos turnos que realizei na triagem e nos balcões, onde o estabelecimento de prioridades assume maior relevância.

Outro aspeto ao qual dei novo enfoque foi à vulnerabilidade da PSC e da sua família. Existem várias formas de vulnerabilidade como as descritas por Scanlon e Lee (2007). Neste caso, destaco a vulnerabilidade física - associada ao doente - e a psicológica - associada não só ao doente mas também à sua família. Apesar de se referir a doentes internados em UCI's, o estudo de McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell e Hudson (2002) também se adequa à PSC num SU. Torna-se evidente que a imprevisibilidade do desenvolvimento das situações torna os doentes no SU

peessoas vulneráveis, dependentes de outros (Scanlon & Lee, 2007). Sendo a vulnerabilidade um dos princípios éticos, desde a Declaração de Barcelona em 1998, a sua defesa é um dos valores supremos da enfermagem, salvaguardando a dignidade humana nas situações de particular fragilidade, incluindo não só o doente mas também a sua família.

Um dos sectores onde tive oportunidade de estar foi o sector de triagem. No contexto dos cuidados de saúde, a triagem selecciona os doentes não em função do diagnóstico mas sim do prognóstico. A triagem de prioridades assume-se fundamental na organização de qualquer situação onde o número de doentes a necessitar de cuidados excede a capacidade de resposta dos profissionais, determinando-se o circuito posterior dos doentes e os cuidados a prestar (Silva, 2009). Neste SU o sistema de triagem utilizado é o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, o qual permite identificar a prioridade clínica, definindo o tempo recomendado até à primeira observação médica. Tal como refere o autor supracitado, constatei que este processo requer do profissional grande capacidade de interpretar, discriminar e avaliar bem como raciocínio clínico diferenciado.

Tendo sempre presente o meu foco principal destaque, na prestação de cuidados de enfermagem, o reconhecimento de possíveis estímulos causadores de dor intervindo atempadamente, bem como a aplicação de intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor. Tendo em conta que a dor está presente na grande maioria das situações que requerem cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003), esta é também reconhecida como a principal queixa dos doentes num SU (Berben et al., 2008). No estudo de Finley e Schecter realizado em 2003, conclui-se que os doentes reportam muitas vezes dor associada à realização de um procedimento (Czarnecki et al., 2011), justificando o conforto como uma responsabilidade profissional do enfermeiro (Kolcaba, 2003).

Como procedimentos com potencial de dor identifiquei a punção venosa, transferências de doentes de cadeiras ou macas para camas, posicionamentos, manutenção de imobilizações (talas gessadas e trações cutâneas e esqueléticas). No caso das punções venosas, transferências e posicionamentos, verifiquei com recurso à escala qualitativa de avaliação da dor, que em grande parte das situações a comunicação com o doente, de forma tranquila usando por vezes o humor, informando-o do que ia acontecer, reduzia a sua ansiedade referindo apenas dor ligeira ou mesmo ausência de dor. A este propósito, Yancey e Brand (citados por

Kolcaba, 2003), realçam a importância da redução da ansiedade como um objetivo essencial na gestão da dor, reduzindo a necessidade de administração de opióides. A utilização de uma voz tranquila, informação e a utilização do humor são mesmo apontadas por Faigles et al., (2013) como as intervenções não-farmacológicas mais utilizadas para o controlo da dor associada aos posicionamentos. Quanto à manutenção e otimização das imobilizações (talas e trações), para além do uso de intervenções farmacológicas e das intervenções não-farmacológicas descritas anteriormente, existe a preocupação de colocar o membro afetado e imobilizado na posição anatómica mais confortável possível para o doente, vigiando sinais e sintomas de perfusão periférica e alertando o médico para qualquer alteração. Para além destas, saliento a técnica da aplicação de gelo em regiões com edema ou hematoma e a utilização de roupa aquecida como outras intervenções não-farmacológicas utilizadas neste SU para o controlo da dor e promoção do conforto do doente. A aplicação de frio ou calor é descrita por Williams et al., (2009) como uma intervenção não-farmacológica utilizada na promoção do conforto em doentes hospitalizados, sendo que a aplicação de calor é também utilizada na promoção do conforto nos doentes em choque e a experienciar ansiedade, como acontece num SU.

Após a realização de turnos na sala de emergência, onde prestei cuidados de enfermagem a doentes sob efeito de sedação e ventilação mecânica invasiva, verifiquei a necessidade de utilização de uma escala comportamental de avaliação da dor - *Behavioral Pain Scale* (BPS). Esta escala foi desenvolvida por Payen e seus colaboradores para a avaliação da dor na PSC, sedada e sob ventilação mecânica (Payen et al., 2001). Tratando-se de uma escala adotada pelo Centro Hospitalar deste SU para as UCI's, como consequência do estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012), sugeri em conjunto com uma enfermeira do serviço, realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem de modo a contribuir para uma uniformização institucional da avaliação da dor. Ao apresentar algumas recomendações de linhas orientadoras relativas à dor e ao conforto, Kolcaba (2003) menciona também a importância do estabelecimento de *guidelines* institucionais para a avaliação da dor, incluindo a frequência e registo tanto da avaliação como das intervenções realizadas e efeito das mesmas.

Deste modo, afetando todos os elementos da equipa, foram realizadas cinco sessões de formação com o objetivo de sensibilizar para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à pessoa com dor incapaz de a autoavaliar (Apêndices III e IV). Denotou-se uma disposição e concordância com a implementação de uma escala comportamental no serviço uma vez que a escala numérica instituída não se adequa à maioria dos doentes.

A aquisição de novas competências conduz necessariamente a uma prática reflexiva. A reflexão, assentando nos pressupostos da aprendizagem experiencial, encerra uma outra dimensão do conhecimento, a de que não sabemos tudo. Por tudo isto, somos forçados a reconstruir o que já sabemos (Sá-Chaves, citado por Santos & Fernandes, 2004) adquirindo novo conhecimento. Ao refletir sobre uma situação conseguimos perceber falhas e sucessos, ajudando-nos muitas vezes a encontrar estratégias para melhor ultrapassá-la. Isto também pode acontecer quando refletimos em conjunto com alguém. No decorrer deste estágio vários foram os momentos de reflexão conjunta com os meus orientadores permitindo-me uma reapropriação do conhecimento à luz de novas perspetivas tornando-me mais sabedora do faço e de como o faço (Zeichner, 1993).

Como já referido anteriormente, a realização de dois jornais de aprendizagem encorpou uma atividade com grande potencial formativo; além da análise e reflexão das situações vivenciadas permitirem um revisitar do meu pensamento e ação, a pesquisa da literatura e a transferência de conhecimento contribuíram também para um *continuum* desenvolvimento de competências.

Resultados – Uma vez que a minha prestação direta de cuidados de enfermagem se situou maioritariamente nas salas de observação e sala de emergência, as competências desenvolvidas foram na abordagem de enfermagem ao doente do foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico e orto-traumatológico, principalmente no estabelecimento de prioridades e na antecipação da instabilidade e falência orgânica. De relevar aqui a mobilização do conhecimento adquirido nas Unidades Curriculares Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma, promissoras de uma resposta mais adequada e atempada às situações de cuidados.

Foi interessante constatar que, apesar de a gestão da dor no SU ser maioritariamente farmacológica, os enfermeiros estão despertos para as intervenções não-farmacológicas. Estas são realizadas regularmente corroborando

Apóstolo e Kolcaba (2009) quando referem que a missão da enfermagem tem vindo, ao longo da sua história, a centrar-se no desconforto do doente e nas intervenções para o minimizar.

A realização das sessões de formação com o objetivo de dar a conhecer a BPS como uma escala adequada para a avaliação da dor no serviço, contribuiu para, num futuro próximo, intensificar competências da equipa de enfermagem na gestão da dor na PSC.

Como anteriormente mencionado, os momentos de reflexão sobre a minha prática profissional concorreram de uma forma positiva para o meu percurso de desenvolvimento de competências neste Curso de Mestrado. A prática reflexiva, individual e conjunta, incitou a otimização de todo este percurso com um melhor aproveitamento das oportunidades de aprendizagem. A elaboração de jornais de aprendizagem permitiu um consolidar de conhecimento mediante a articulação entre teoria e prática.

Objetivo 3 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família na sala de emergência

Como já referi, dada a minha experiência profissional, as intervenções realizadas à PSC que entra na sala de emergência e à sua família não foram propriamente uma novidade. O desafio residiu na gestão de prioridades e também no *timing* da intervenção profissional. A entrada direta do doente nesta sala representa uma situação crítica de cuidados que requer observação e intervenção imediata, sendo o seu desenvolvimento muitas vezes imprevisível implicando uma constante gestão de prioridades. O facto de a família estar presente neste espaço foi também uma novidade, tornando-se, um parceiro mas essencialmente um alvo de cuidados. Sobre os cuidados à família, Kolcaba (2003) refere que os profissionais de saúde podem facilitar o conforto social da família, valorizando a sua importância e inteligência. Na realidade, atestei este pressuposto entre a equipa multidisciplinar existindo uma grande preocupação na comunicação com a família, informando-a de toda a evolução da situação. Da mesma forma, autores como Rich (2005) e Norton, Hobson e Kulm (2011) comungam desta assunção ao afirmar que a comunicação com a família é determinante nos cuidados em fim de vida no SU. Como necessidades da família da PSC a literatura exhibe a confiança, proximidade,

comunicação, apoio e conforto (Redley, Beanland, & Botti, 2003; Rich, 2005). Também aqui reconheci a disponibilidade e a preocupação da equipa de enfermagem na prestação de apoio emocional e no encaminhamento da família para outros profissionais, como é o caso dos assistentes sociais, psicólogos e mesmo do capelão do hospital. Mais uma vez, e à luz da Teoria do Conforto, esta intervenção de enfermagem pode ser entendida como uma forma de conforto social (Kolcaba, 2003).

Relembro uma situação que, embora não se tenha passado numa fase crítica de doença, foi uma fase crítica para a família e doente que culminou em morte. Tratou-se de um doente do sexo masculino de 72 anos, admitido por dispneia, tosse produtiva e hipoxia, apresentando-se confuso devido ao antecedente de Linfoma não-Hodjkin com metástases cerebrais. Após ter tido conhecimento de todo o historial clínico do doente, a equipa médica decidiu chamar a família (esposa e filha) e expor a situação e o prognóstico, sugerindo a implementação de medidas de conforto. Depois de ultrapassado o choque inicial, a família aceitou a sugestão, pedindo apenas para estar um pouco com o seu familiar, o que foi imediatamente aceite pela equipa de enfermagem e médica. Tentando proporcionar a privacidade que estes momentos requerem, em alguns momentos eu, o enfermeiro orientador e/ou o médico assistente estivemos presentes em silêncio. Para esta experiência de cuidados gostaria de sublinhar o conhecimento adquirido durante a componente teórica deste Curso, nomeadamente, o protocolo de Spikes sobre a notificação da morte e as diferentes etapas que devem ser incluídas nesta abordagem, neste caso à família (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale, & Kudelka, 2000).

Durante os turnos em que estive na sala de emergência de trauma verifiquei que o plano-duro era um foco de dor e de desconforto pelo que propus a elaboração de uma folha de registo de tempos em plano-duro associando a dor e a integridade cutânea (Apêndice V). Apesar de neste SU o enfermeiro ter autonomia para o retirar, ainda existem situações de tempo excessivo em plano-duro tendo como sequele a dor (associada ao desconforto) e o aparecimento de úlceras por pressão, o que reforça a minha intervenção no serviço (Apêndice VI).

Resultados – A experiência desenvolvida na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família na sala de emergência contribuiu para um desenvolvimento de competências na gestão de prioridades em situações de grande imprevisibilidade

que requerem intervenção adequada de forma imediata. Proporcionou também o desenvolvimento de competências no que diz respeito ao cuidar do doente que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como, competências relativas à assistência do doente e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e /ou falência orgânica, demonstrando conhecimento sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC e/ou falência orgânica e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de Novembro).

A folha de registo dos tempos em plano-duro, associando-os à dor e às úlceras por pressão, ganhou de tal modo pertinência entre os profissionais que será implementada não só neste SU mas também no Bloco Operatório e nas UCI's deste Centro Hospitalar. Desta forma, será possível uma melhor monitorização da dor do doente e prevenção do aparecimento de úlceras por pressão associadas ao plano-duro, antecipando a sua retirada precoce, reduzindo custos associados a estas complicações de saúde.

2.3. Estágio III: Unidade de Cuidados Intensivos

A última fase do estágio deste Curso de Mestrado decorreu na UCI onde exerço a minha atividade profissional. Esta etapa pretendeu essencialmente iniciar o processo de sensibilizar a equipa de enfermagem para as intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor e promoção do conforto na PSC, tendo como fim a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Esta UCI, considerada de nível III (Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, citada por Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003), é por definição uma unidade polivalente. Ou seja, é capaz de assegurar, com articulação e colaboração de várias especialidades médicas e cirúrgicas, os cuidados integrais aos doentes que recebe (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003). É constituída por 12 camas, distribuídas por seis quartos, tendo também quatro camas de cuidados intermédios, distribuídas por dois quartos. O Serviço presta também apoio a doentes internados no Centro Hospitalar em que se insere ao nível de técnicas dialíticas (com uma sala específica), e da colocação de *pacemakers* provisórios (existindo também uma sala específica para a realização desta técnica). É constituído por uma equipa médica comum, com especialistas em medicina interna e em pneumologia e a maioria com

subespecialidade em medicina intensiva, exclusiva e em presença física 24 horas por dia. A equipa de enfermagem é constituída por 53 enfermeiros, 48 na prestação direta de cuidados (distribuídos por quatro equipas) e cinco na área da gestão (incluindo a enfermeira-chefe).

Este estágio decorreu no período entre 2 e 13 de fevereiro de 2015, perfazendo um total de cerca de 50 horas. Para além da sensibilização da equipa de enfermagem, centrei a minha ação na área da gestão dos cuidados, reconhecendo esta área como lacunar no meu exercício profissional. O quadro 3 apresenta os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas para os atingir.

Quadro 3 - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio III

Objetivos	Atividades
1. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão não-farmacológica da dor na PSC	Sessão de formação “Gestão não-farmacológica da dor na pessoa em situação crítica – o conforto como uma intervenção especializada de enfermagem”. Supervisão de práticas de enfermagem.
2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da gestão dos cuidados	Reunião com a enfermeira-chefe. Reunião com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço.

Objetivo 1 - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão não-farmacológica da dor na PSC

A ideia da realizar uma sessão de formação com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão não-farmacológica da dor na PSC, surgiu ainda durante a realização do projeto de estágio que antecedeu este 3º semestre. Era minha intenção que a equipa de enfermagem atribuísse intencionalidade às práticas instituídas no serviço, reconhecendo-as como intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor e promoção do conforto do doente. Para tal, optei por partilhar a aprendizagem e o conhecimento resultantes do

percurso de estágio sustentando a prática de enfermagem vigente (Apêndices VII e VIII).

Na sessão de formação estiveram presentes seis enfermeiros do serviço. Por contingências inerentes ao serviço não foi possível a presença de um maior número de enfermeiros, pelo que ficaram agendadas novas sessões de formação. Os enfermeiros presentes mostraram bastante interesse, refletindo sobre as intervenções realizadas, verbalizando estranheza pelo próprio não reconhecimento do potencial que tais intervenções têm no controlo da dor e promoção do conforto na PSC.

O facto de existir uma intervenção programada no plano de cuidados de enfermagem dos doentes desta UCI designada por “Aplicar estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor”¹, sem qualquer outra especificação sobre que intervenções serão essas, fez com que alguns colegas me questionassem acerca desta temática. Assim, no decorrer deste estágio tive oportunidade de partilhar o *know-how* adquirido, esclarecendo os colegas e sensibilizando-os para a área da gestão não-farmacológica da dor, fazendo supervisão das suas práticas. Nesta partilha gostaria de enfatizar a mobilização de conhecimento adquirido na Unidade Curricular de Supervisão Clínica deste Curso de Mestrado, nomeadamente, no que diz respeito à aprendizagem em contexto de trabalho, sendo a aprendizagem experiencial e a aprendizagem informal duas modalidades de aprendizagem a intensificar. Por tudo isto, vim a tornar-me no serviço o elemento de referência nesta área de intervenção autónoma de enfermagem.

Resultados – A sensibilização relativa à gestão não-farmacológica da dor na PSC foi ancorada na evidência científica, dando um outro enquadramento ao que muitas vezes é realizado de forma empírica, contribuindo para a valorização dos cuidados de enfermagem prestados. No entanto, este trabalho de sensibilização não terminou aqui, sendo antes um *continuum* no dia-a-dia do meu exercício profissional. A realização desta atividade contribuiu também para o desenvolvimento de competências na formação de pares, assumindo a minha responsabilidade de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de Maio).

¹ De acordo com a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

No que diz respeito à supervisão dos cuidados de enfermagem relativos às intervenções não-farmacológicas realizadas para o controlo da dor e promoção do conforto na PSC informando os pares daquilo que é passível de ser realizado, será uma tarefa em constante desenvolvimento na minha prática diária, exigindo também uma constante atualização do conhecimento nesta área. Saliento que no final do estágio tomei conhecimento de que o grupo responsável pela área da dor no Centro Hospitalar (onde existe um enfermeiro representante deste serviço) apresentou uma proposta à empresa que gere o *software* informático de registos de enfermagem disponível nas UCI's para que, ao selecionar a intervenção relacionada com as intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor, surgisse uma lista com várias hipóteses para serem selecionadas. Deste modo, inserida no grupo que trabalha esta área nesta UCI, tive oportunidade de contribuir para a construção da lista de intervenções não-farmacológicas adequadas ao serviço. Esta lista contou não só com a experiência e conhecimento das condições do serviço e das características dos doentes internados, mas também com a pesquisa da literatura realizada por mim e por outros colegas deste grupo.

Objetivo 2 - Desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da gestão dos cuidados

A oportunidade de realizar um período de estágio no serviço onde exerço funções como enfermeira generalista permitiu um acesso facilitado à área da gestão dos cuidados de enfermagem. Para dar resposta a este objetivo de estágio, foi sugerido pelo enfermeiro orientador reunir com a enfermeira-chefe do serviço e com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço, de modo a ter conhecimento das preocupações, problemas existentes e estratégias de gestão utilizadas para os ultrapassar e também do que é exigido aos serviços na área da qualidade dos cuidados de enfermagem e a resposta que este serviço em concreto está a dar a essas mesmas exigências.

No que diz respeito à reunião com a enfermeira-chefe, esta salientou que a sua principal preocupação é que os enfermeiros disponham de tudo o que necessitam (recursos humanos e materiais) para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. No entanto, no período atual, dada a conjuntura económica, política e social isto não está a acontecer. Os recursos humanos são

escassos, existindo um déficit de 6,4 enfermeiros no serviço (de acordo com a fórmula aplicada pelo Ministério da Saúde) e os recursos materiais são também reduzidos para as necessidades, quer em número quer em qualidade. Tudo isto se reflete na insatisfação da equipa de enfermagem. Esta falta de recursos é constantemente transmitida e justificada, quer à direção de enfermagem quer à administração hospitalar. De acordo com a enfermeira-chefe, a essência da gestão passa pelo planeamento, que neste momento não se consegue realizar, sendo atualmente a gestão do risco o principal objetivo traçado. Numa tentativa de colmatar, ou pelo menos minimizar a escassez de recursos humanos e a consequente insatisfação da equipa de enfermagem, foram desenvolvidas estratégias de gestão: a) passagem de cinco para quatro equipas de enfermagem (com vista a uma melhor gestão dos horários); b) trabalho desenvolvido com os enfermeiros chefes de equipa nas reuniões frequentes, em que estes transmitem as preocupações e problemas dos elementos e da própria equipa em si, sendo também ouvidas as suas sugestões de estratégias a implementar para a melhoria dos cuidados, sendo que estes elementos funcionam também como a “voz” da enfermeira-chefe para as suas respetivas equipas; c) trabalho desenvolvido com os elementos da área da gestão, que são o maior suporte da enfermeira-chefe e em quem esta delega funções; d) implementação de protocolos e a manutenção de grupos de trabalho (pré-existent à chegada desta enfermeira-chefe ao serviço), aproveitando a formação pós-graduada de cerca de 50% dos elementos da equipa de enfermagem, com o objetivo de aumentar a sua motivação e diminuir a insatisfação.

A reunião com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço foi também bastante importante no sentido de uma melhor compreensão das exigências feitas pela administração, quer da área de Urgência e Cuidados Intensivos (onde está inserido o serviço) quer do Centro Hospitalar. Todo o trabalho desenvolvido por este elemento tem por base uma norma interna do Centro Hospitalar para as UCI's, atualizada para o ano de 2015. Esta norma define critérios a cumprir pelos serviços para que a qualidade dos cuidados de enfermagem seja certificada. Define também a constituição de grupos de trabalho para diferentes áreas (monitorização das úlceras por pressão e das quedas, gestão da dor...), que depois desenvolvem normas de procedimento com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, dando resposta aos

critérios definidos. Para existir uma certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem tem então de existir evidência de que esses critérios são cumpridos. Para isso são realizadas auditorias, por exemplo aos registos da Escala de Braden e de Morse (para a monitorização das úlceras por pressão e das quedas, respetivamente) e aos processos clínicos de onde se podem auditar diversos registos de enfermagem, certificando depois a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço. De forma a tentar motivar a equipa de enfermagem, foi decidido, desde o início do ano de 2014, a partilha dos resultados das auditorias bem como de outras monitorizações realizadas (ao nível da infeção, por exemplo), mostrando através de números o trabalho efetuado; o qual neste serviço tem vindo a ser positivo.

Resultados – Apesar de ter iniciado o meu percurso profissional como enfermeira há mais de uma década e de trabalhar neste serviço há cerca de oito anos, alguns dos dados a que agora tive acesso foram novidade. As reuniões citadas permitiram um conhecimento mais profundo e esclarecido do que está por trás daquilo que me é exigido na prestação direta de cuidados. Este novo entendimento ajuda a promover mudanças no meu “eu” profissional, encontrando justificação válida para alguns aspetos do funcionamento do serviço que não compreendia ou julgava desnecessários. O desenvolvimento destas atividades, aliadas ao meu exercício profissional, funcionaram como um importante passo na aquisição de competências especializadas de enfermagem na área da gestão, definidas pela OE no quadro de competências comuns do EE (Regulamento nº 122/2011, de 29 de Maio). Destas competências destaco a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, obtendo ferramentas para a colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar e para intervir melhorando a informação no processo de cuidar, nos diagnósticos, nas soluções eficazes a prescrever e na avaliação do mesmo processo. Saliento ainda a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades, tendo encontrado nestas reuniões alicerces adequados para uma melhor fundamentação dos métodos de organização do trabalho, para uma correta avaliação de riscos na prestação de cuidados e para uma eficiente utilização de recursos promovendo a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011, de 29 de Maio).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é a principal razão para a procura de cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2008; International Association for the Study of Pain, 2010). Apesar do consenso gerado sobre a necessidade de um controlo efetivo da dor, este objetivo parece contar ainda com algumas deficiências acarretando consequências físicas, emocionais e económicas tanto a quem dela padece, como às instituições de saúde e à sociedade em geral (Schreiber et al., 2014).

Nos dias de hoje, uma das barreiras mais apontadas ao controlo eficaz da dor deve-se ao conhecimento lacunar e ausência de competências diferenciadas nos profissionais de saúde (Moceri & Drevdahl, 2014; Schreiber et al., 2014), justificando a premência de formação na área com evidência de resultados (Wilson, 2007).

No que diz respeito à PSC, vários estudos apontam a dor como um importante *stressor* nos internamentos em UCI's (Gélinas et al., 2012). Contudo, factores como a dificuldade em distinguir reações adversas a medicamentos de outros problemas médicos e a variedade de respostas ao tratamento, dificultam a gestão da dor na PSC, quando comparados a doentes não-críticos (Erstad et al., 2009). Desta forma, torna-se essencial encontrar estratégias que contribuam para otimizar o conforto e o controlo da dor na PSC (Lavery, citado por Gélinas et al., 2012). Nesta perspectiva, as intervenções não-farmacológicas, utilizadas ou não como adjuvantes às intervenções farmacológicas, são uma alternativa eficaz no controlo da dor na PSC (Czarnecki et al., 2011; Demir & Khorshid, 2010; Erstad et al., 2009; Gélinas et al., 2012; Kolcaba, 2003). Ao assumir que o enfermeiro tem um papel preponderante e autónomo na gestão e controlo da dor considera-se fundamental o recurso a intervenções complementares e alternativas às intervenções farmacológicas (Schulenburg, 2015).

Revisitando os objetivos propostos, perceciono que os mesmos foram atingidos possibilitando um leque de competências comuns e competências específicas na área de especialização em enfermagem à PSC, particularmente ao doente com dor. A realçar o seguinte conjunto: seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; reflexão sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem; consciência crítica para os problemas atuais da disciplina; promoção da melhoria contínua da qualidade dos

cuidados; mobilização de válidos e sólidos padrões de conhecimento para a *práxis* clínica; prestação de cuidados ao doente em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica; gestão diferenciada da dor na PSC; aplicação de conhecimentos e compreensão; competências de autoaprendizagem.

Toda a pesquisa bibliográfica e a frequência do Curso de Massagem Terapêutica e BNM permitiram retirar subsídios para a minha ação em estágio que se irão prolongar na minha prática diária. Trabalhos como os de Gatlin & Schulmeister (2007), Gélinas et al. (2012) e Williams et al, (2009) permitiram alargar o meu conhecimento acerca de intervenções não-farmacológicas. Sendo a aplicação de gelo uma intervenção que já aplicava com frequência, a pesquisa realizada contribuiu para inclui-la também aquando da remoção de drenagens torácicas, muito comuns no serviço onde trabalho e geradoras de dor e desconforto referido pelos doentes. Da mesma forma, sendo a massagem uma intervenção comumente utilizada para a promoção do conforto do doente, realço a frequência do Curso de Massagem Terapêutica e BNM como outro contributo para um aprofundar do conhecimento teórico relativo a esta temática associando-o à componente prática realizada, que pude transferir em parte para a minha ação enquanto enfermeira. Também a leitura mais atenta da Teoria do Conforto de Kolcaba permitiu ganhar um novo olhar, mais holístico, acerca da promoção do conforto do doente e de como o atingir.

Ter realizado estágio em serviços tão distintos como são uma UD e um SU possibilitou uma melhor compreensão de diferentes perspetivas no que respeita à gestão não-farmacológica da dor, já que o enfermeiro na UD atua numa fase crónica da dor, enquanto no SU, a ação do enfermeiro centra-se maioritariamente no controlo da dor aguda. Ter experienciado estes dois mundos, facilitou agora a incorporação de ambas as perspetivas na minha prática profissional.

O estágio desenvolvido na UD foi essencial para as competências relativas à gestão da dor, promovendo conhecimento novo sobre intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor. Este estágio, realizado num serviço maioritariamente de ambulatório em que a interação com o doente e família diferem da minha experiência profissional em UCI, permitiu também o desenvolvimento de competências na área da gestão da comunicação interpessoal e na gestão do estabelecimento da relação terapêutica. Por sua vez, o estágio realizado no SU possibilitou o desenvolvimento de competências relativas ao cuidar do doente a

vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, à gestão da dor na PSC, pondo em prática o conhecimento adquirido sobre intervenções não-farmacológicas, e à assistência ao doente/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Transversalmente aos três contextos de estágio, os momentos de formação contínua facilitaram competências de formação de adultos, com um maior peso no meu contexto profissional. No presente, sou no serviço o elemento de referência na área da gestão não-farmacológica da dor.

Tratando-se de um processo contínuo, este foi sendo alcançado através da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, selecionando fontes científicas relevantes para a tomada de decisão. De evidenciar a necessidade constante de atualização e procura de conhecimento em áreas e temas totalmente desconhecidos ou onde o meu conhecimento era limitado. Foi sempre minha intenção desenvolver intervenções no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, com momentos de formação formal e informal, procurando igualmente influenciar a prática dos meus pares.

Para além de uma efetiva compreensão da intervenção do enfermeiro na gestão da dor, o estágio ajudou a compreender *in loco* a importância do trabalho da equipa multidisciplinar nesta gestão. A multiplicidade de mecanismos na origem e persistência da dor, os fatores psicológicos e comportamentais associados à sua presença e a vasta oferta de opções possíveis de tratamento, justificam a intervenção de uma equipa multidisciplinar (Bastos, 2005). Para Kolcaba (2003), a multidisciplinaridade encerra uma condição fundamental na promoção do conforto do doente.

Por último, identifico o meu êxito nos momentos de reflexão individual e coletiva, principalmente com os enfermeiros e professora orientadora.

Reconheço que as dificuldades naturalmente surgidas visaram o meu processo de aprendizagem, capacitando-me para a incerteza e para o desconhecido a um maior nível de perícia.

Por tudo isto, perspetivo o percurso realizado nesta formação de 2º ciclo, e que culmina com a construção deste relatório, como a etapa inicial de um percurso que acrescenta maior responsabilidade à minha prática profissional. Como expectativa desejo que este documento funcione como mais um contributo para a intervenção do enfermeiro na gestão da dor, nomeadamente através da implementação de intervenções não-farmacológicas para o seu controlo,

salientando-se a importância da existência de competências especializadas de enfermagem para uma otimização da resposta às necessidades do doente com dor. Considero ainda que a sensibilização realizada às equipas de enfermagem para a gestão não-farmacológica da dor influenciou a melhoria das práticas neste âmbito, sendo por isso um ganho para a profissão de enfermagem. Julgo que ao impulsionar a aplicação de intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor na PSC estamos a proporcionar o desenvolvimento de intervenções autónomas e com isso a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. Este relatório poderá ser então esse impulsionador, motivando os enfermeiros para esta área da gestão da dor, tendo sempre como fim, não só a melhoria dos cuidados de enfermagem mas também a satisfação de doentes e profissionais. De forma a dar realce a esta temática logo no início da formação de futuros enfermeiros, sugiro a inclusão desta temática nos programas de formação em Enfermagem com início nos primeiros anos da Licenciatura (Chow & Chan, 2015). É também importante uma mais eficiente divulgação de formação e eventos (muitos deles organizados pelas UD) na área da gestão não-farmacológica da dor, proporcionando não só aquisição de conhecimento a quem frequenta pela primeira vez, mas também a partilha para quem já possui experiência.

Concluo que a minha ação não termina aqui, irei continuar a aprofundar conhecimento na área com a consciência de um maior compromisso no cuidar da PSC com dor. Termino partilhando a esperança de Katharine Kolcaba de que os enfermeiros podem liderar o caminho de trazer de volta o conforto do doente/família, às consciências dos profissionais de saúde de forma a tornar a hospitalização menos assustadora, lembrando que a efetiva gestão da dor é uma significativa parte do conceito de conforto (Kolcaba, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, (9) 61–67. Retirado de https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Apóstolo, J. L. A., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of psychiatric nursing*, 23(6), 403–11. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941708002045>
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. (2010). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. (3ª edição). Melbourne: P. E. Macintyre, D. A. Scott, S. A. Schug, E. J. Visser, & S. M. Walker, Eds. Retirado de <http://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/pdfs/AcutePainManagement/books-and-publications/acutepain.pdf>
- Baile, W. F., Buckman, R. Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., Kudelka, A. P. (2000). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/12357062_SPIKES-A_six-step_protocol_for_delivering_bad_news_application_to_the_patient_with_cancer
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crônica*. Biblioteca da Dor. Lisboa: Permanyer Portugal, Ed. Retirado de http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Multidisciplinaridade_e_Organizacao_das_Unidades_de_Dor_Cronica.pdf
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., & Ij, H. (2008). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases (Review). *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Retirado de https://www.researchgate.net/publication/5426782_Non-pharmacological_interventions_for_breathlessness_in_advanced_stages_of_malignant_and_non-malignant_diseases
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Queirós, A.A, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora (Tradução do original do inglês From Novice To Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, Pearson Education, Inc).
- Berben, S., Meijs, T. H. J. M., van Dongen, R. T. M., van Vugt, A. B., Vloet, L. C. M., Mintjes-de Groot, J. J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain

relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *International Journal of the care of the injured*, 39(5), 578–85. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138307001659>

Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Instituto de Formação Avançada - Universidade de Lisboa. Portugal. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf

Boldt, I., Eriks-Hoogland, I., Brinkhof, M. W. G., Bie, R., & Elm, E. V. (2011). Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(11). Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/266402791_Non-pharmacological_interventions_for_chronic_pain_in_people_with_spinal_cord_injury_\(Review\)](https://www.researchgate.net/publication/266402791_Non-pharmacological_interventions_for_chronic_pain_in_people_with_spinal_cord_injury_(Review))

Branco, P. S., Martelo, D., Constatino, H., Lopes, M., José, R., Tomás, R., & Carvalho, T. (2005). *Temas de reabilitação: Agentes físicos*. Porto: L. Medesign - Edições e Design de Comunicação, Ed. Retirado de [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/768/1/Temas Reabilita%C3%A7%C3%A3o_Agentes Fisicos_Vol I.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/768/1/Temas_Reabilita%C3%A7%C3%A3o_Agentes_Fisicos_Vol_I.pdf)

Bucknall, T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), 1–7. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/6526424_Nurses'_reassessment_of_postoperative_pain_after_analgesic_administration

Castro, M. (2012). A Intervenção do Enfermeiro no Controlo da Dor. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 23/03/2015. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20no%20Controlo%20da%20Dor,%20por%20enfermeira%20Marina%20Castro.pdf>

Chlan, L. (2002). Integrating nonpharmacological adjunctive interventions into critical care practice: a means to humanize care? *American Journal of Critical Care*, 11(1), 14–16. Retirado de <http://ajcc.aacnjournals.org/content/11/1/14.full.pdf+html>

Chow, K. M., & Chan, J. C. Y. (2015). Pain knowledge and attitudes of nursing students: A literature review. *Nurse Education Today*, 35(2), 366–372. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691714003438>

Coakley, A. B., & Barron, A.M. (2012). Energy therapies in oncology nursing. *Seminars in oncology nursing*, 28(1), 55–63. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208111000994>

- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Acedido a 19/04/2014. Retirado de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/crrneu.htm>
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa. Portugal. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7992>
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95–111. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904211000749>
- Demir, Y. (2012). Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. In Dr. Gabor Racz e Carl Noe (Ed.), *Pain Management - Current Issues and Opinions* (pp. 485–502). InTech. Retirado de http://cdn.intechopen.com/pdfs/26152/InTech-Non_pharmacological_therapies_in_pain_management.pdf
- Demir, Y., & Khorshid, L. (2010). The effect of cold application in combination with standard analgesic administration on pain and anxiety during chest tube removal: A single-blinded, randomized, double-controlled study. *Pain Management Nursing* 11(3), 186–96. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904209001040>
- Direcção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin [em linha]. *Direcção Geral do ensino Superior Web site*. Acedido a 20/04/2014. Retirado de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Nº 09/DGCG de 14 de junho. Portugal. Acedido a 18/12/2013. Retirado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa - Programa Nacional de Controlo da Dor*. Nº 11/DSCS/DPCD de 18 de junho. Portugal. Acedido a 06/06/2014. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Retirado de <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ed. Retirado de <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30-plano-nacional-de-luta-contra-a-dor>
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science*. (2ª ed.). Ontário: Jones & Bartlett Learning, Ed.
- Dutra, R. A. (2009). *Acolhimento de Enfermagem - Vivências do Doente Idoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto. Portugal. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/19129>
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., ... Sessler, C. N. (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest*, 135(4), 1075–86. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/24260458_Pain_Management_Principles_in_the_Critically_Ill
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Acedido a 27/03/2015. Retirado de <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 14(2), 85–93. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904210000196>
- Garrido, P., & Silva, C. (2013). Abordagem Psicofarmacológica da Dor Crónica. *Dor*, 21(2), 6–17
- Gatlin, C. G., & Schulmeister, L. (2007). When medication is not enough: Nonpharmacologic management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 699–704. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=012dd8e4-c25e-4e2f-8d83-a5d8ac52c6f6%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009685784>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–18. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x/epdf>

- Gil, M. L. O. (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor - um novo caminho... - Relatório de Estágio*, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/9462>
- Grilo, E. N., & Mendes, F. R. P. (2012). O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem. In *Congresso de Investigação Ibero-Americano de Países de Língua Oficial Portuguesa*. Coimbra, Jun. 2012. Poster. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.11/1744>
- Heidland, A., Fazeli, G., Klassen, A., Sebekova, K., Hennemann, H., Bahner, U., & Iorio, B. D. (2013). Neuromuscular electrostimulation techniques: Historical aspects and current possibilities in treatment of pain and muscle wasting. *Clinical Nephrology*, 79(13), 12–23. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=a2bf9292-45d4-4328-aaff-252660bf00ef%40sessionmgr4003&hid=4109>
- IASP (2014). IASP Taxonomy [em linha]. *IASP Web site*. Acedido a 23/04/2015 em <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Association for the Study of Pain (2010) *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Trad.). (s.l.) (s.n.) (Tradução do original do inglês *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*, 2009, Seattle: Andreas Kopf & Nilesh Patel, Ed)
- Jain, S., & Mills, P. J. (2010). Biofield therapies: helpful or full of hype? A best evidence synthesis. *International journal of behavioral medicine*, 17(1), 1–16. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b1ac98f8-d451-4316-8b54-e7ed945bfbad%40sessionmgr4001&hid=4109>
- Joffe, A. M., Hallman, M., Gélinas, C., Herr, D. L., & Puntillo, K. (2013). Evaluation and treatment of pain in critically ill adults. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 34(2), 189–200. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/236958451_Evaluation_and_Treatment_of_Pain_in_Critically_Ill_Adults<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23716310>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1178–84. Retirado de <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Image-the journal of nursing scholarship*, 27(4), 287–9. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/14670610_The_art_of_comfort_care

- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86–92. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655401435986>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: J. Hurkin-Torres, Ed.
- Ladak, S. S. J., McPhee, C., Muscat, M., Robinson, S., Kastanias, P., Snaith, K., ... Shobbrook, C. (2013). The journey of the pain resource nurse in improving pain management practices: Understanding role implementation. *Pain Management Nursing*, 14(2), 68–73. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904211000737>
- Lim, Y. C., Yobas, P., & Chen, H. C. (2014). Efficacy of relaxation intervention on pain, self-efficacy, and stress-related variables in patients following total knee replacement surgery. *Pain Management Nursing*, 15(4), 888–896. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904214000253>
- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 19. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci_arttext
- Manworren, R. C. B. (2015). Multimodal pain management and the future of a personalized medicine approach to pain. *AORN Journal*, 101(3), 307–318. Retirado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000120921401388X>
- Mckinley, S., Nagy, S., Stein-parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 27–36. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339702916113>
- Metzger, C., Muller, A. Schwetta, M. & Walter, C. (2002) *Cuidados de Enfermagem e Dor* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês Soins Infirmiers et Douleur, 2000, Paris: Masson Editeur)
- Ministério Da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ed. Retirado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2012). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, (109), 5–12. Retirado de <http://jn.physiology.org/content/109/1/5.short>
- Moceri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 6–12.

- Retirado de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176712001924>
- National Center for Complementary and Integrative Health (2014). *Reiki: What You Need To Know*. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) Web site. Acedido a 13/04/2015 em <https://nccih.nih.gov/health/reiki/introduction.htm>
- Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 125–134. Retirado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013
- Nightingale, F. (1980). *Notes on Nursing - what it is, and what it is not*. Edinburgh: Churchill Livingstone. (Original publicado em 1859)
- Norton, C. K., Hobson, G., & Kulm, E. (2011). Palliative and end-of-life care in the emergency department: Guidelines for nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 240–245. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710000826>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Oware-Gyekye, F. (2008). Pain management: The role of the nurse. *West African Journal of Nursing*, 19(1), 50–54. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=5b00e466-02ab-4674-9656-35f9a85c4e1f%40sessionmgr4003&hid=4109>

- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–63. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Grupo Avaliação Dor - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Retirado de http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf
- Redley, B., Beanland, C., & Botti, M. (2003). Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 88–98. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=dace5cd1-e9ad-4a64-8e07-d476f2b42b61%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2004016624>
- Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio. *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2011). Diário da República, 2ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. Acedido a 29/12/2014. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (2011). Diário da República, 2ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. Acedido a 29/12/2014. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Rich, S. (2005). Providing quality end of life care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 141–145. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=bdacc14b-f39e-4731-b972-7a9990b63074%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2005081731>
- Ritto, C., Rocha, F. D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M. B., Pina, P. R., ... Faustino, S. A. (s.d.). *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: F. G. Portugal, Ed.
- Rose, B., Lankisch, M., Herder, C., Röhrig, K., Kempf, K., Labrenz, S., ... Martin, S. (2008). Beneficial effects of external muscle stimulation on glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes*, 116(10), 577–581. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/5378944_Beneficial_Effects_of_External_Muscle_Stimulation_on_Glycaemic_Control_in_Patients_with_Type_2_Diabetes

- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, (11), 59–62. Retirado de https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Santos, M. I. (2013). *ENFERMAGEM À PROCURA DE SI: Integrando Modalidades Terapêuticas Não Convencionais no Processo de Cuidados*. Loures: Lusociência, Ed.
- Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=77d959ce-2c82-4220-baa6-eb7d8d0e1252%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009589585>
- Schreiber, J. A., Cantrell, D., Moe, K. A., Hench, J., McKinney, E., Preston Lewis, C., ... Brockopp, D. (2014). Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: Evaluation of an intervention. *Pain Management Nursing*, 15(2), 474–481. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001889>
- Schulenburg, J. (2015). Considerations for Complementary and Alternative Interventions for Pain. *AORN Journal*, 101(3), 319–326. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209215000307>
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Portugal. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/19983>
- Silva, M. (2013). *Avaliação da Dor em Cuidados Intensivos - Relatório de Trabalho de Projeto*. Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal. Retirado de <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/5455>
- Silvério-Lopes, S. (2013). Eletroacupuntura e Eletropuntura. In Silvério-Lopes (Ed.), (64-79). Retirado de <http://omnipax.com.br/livros/2013/ANAC/anac-cap05.pdf>
- Soares-Oliveira, M., & Araújo, F. (2014). Implementação de um sistema regional de resposta emergente ao acidente vascular cerebral: primeiros resultados. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087025511400033X>
- Sousa, M. F. C. O. (2009). *O Enfermeiro e as Técnicas Não Farmacológicas no controlo da Dor: Informação / Aplicação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina: Universidade de Coimbra. Portugal. Retirado de <http://hdl.handle.net/10316/14925>

- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill adults. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33(3), 68–79. Retirado de <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/3/68.full.pdf+html>
- Stone, J. (2010). Moving interprofessional learning forward through formal assessment. *Medical education*, 44(4), 396–403. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=42bdc078-4d0b-49f1-b02d-4a118d8cb22f%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=20444075>
- Thrane, S., & Cohen, S. M. (2014). Effect of reiki therapy on pain and anxiety in adults: An in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Management Nursing*, 15(4), 897–908. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904213000805>
- Van Tulder, M. W., Furlan, A. D., & Gagnier, J. J. (2005). Complementary and alternative therapies for low back pain. *Best practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(4), 639–54. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169420500029X>
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145–55. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-f6d3d8586dee%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010314692>
- Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1012–1020. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=ab8c2a42-4d3e-462f-81f0-95c1814cb772%40sessionmgr198&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009726016>
- Zeichner, K. M. (1993). *A formação reflexiva dos professores*. Lisboa: Educa

ANEXOS

**ANEXO I – Programa do Curso de Massagem Terapêutica e
Bandas Neuromusculares**

Plano Curricular Curso de Massagem Terapêutica e BNM

21 de novembro — 14-20h

22 de novembro - 09:30-17:30h

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

28 de novembro — 14-20h

29 de novembro - 09:30-17:30h

- **Componente prática das técnicas de massagem**
 - Pressões
 - Compressões
 - Amassamento
 - Fricções
- **Componente prática das técnicas de massagem**
 - Drenagem Linfática
 - Percussões
 - Vibrações
- **Componente prática das técnicas de massagem**
 - Roulement e malaxação
 - M.T.P.
 - Pincé-roulé
 - Crioterapia
- **Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação**

Carga horária: 30 horas de contacto/60 horas totais (trabalho do estudante) – 2 ECTS

Fonte:

www.esscvp.eu/pt-pt/cursos/forma%C3%A7%C3%A3oavan%C3%A7ada/massagemterap%C3%AAutica.aspx

APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano da sessão de formação Estágio I

PLANO DE SESSÃO

CURSO: Mestrado em Pessoa em Situação Crítica

LOCAL: Unidade da Dor

DURAÇÃO: 30min

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

DATA: 16 de janeiro de 2015 (14h30)

FORMADOR: Vera Magarreiro

Etapas	Atividades	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	Apresentação do tema	Identificação do formador Apresentação do tema ao grupo	Expositivo	Apresentação audiovisual		3 min
	Apresentação dos objetivos da sessão: Geral Específicos	Reconhecer a importância da massagem como uma intervenção autónoma da enfermagem na gestão não-farmacológica da dor Apresentar objetivos, benefícios, indicações, contraindicações e precauções da massagem Definir as características específicas dos componentes da massagem de relaxamento Identificar técnicas na massagem de relaxamento	Expositivo	Apresentação audiovisual		

Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos	Evidência Científica Benefícios, indicações, contraindicações, precauções e objetivos da massagem Componentes específicos da massagem de relaxamento Técnicas utilizadas na massagem de relaxamento	Expositivo	Apresentação audiovisual	Formativa	20min
	Atividade de grupo	Demonstração e repetição das técnicas utilizadas na massagem de relaxamento	Ativo	Demonstrativa		
Conclusão	Conclusão		Expositivo	Apresentação audiovisual		7 min

APÊNDICE II – Sessão de formação Estágio I

Técnicas de Massagem Terapêutica

1

Mestranda:
Vera Magarreiro

Orientadora:
Enfª Teresa Rolo

Docente:
Profª Doutora Carla Nascimento

Almada, Janeiro de 2015

2

OBJETIVOS

■ Geral:

- Reconhecer a importância da massagem como uma intervenção autónoma da enfermagem na gestão não-farmacológica da dor

■ Específicos:

- Apresentar objectivos, benefícios, indicações, contraindicações e precauções da massagem;
- Definir as características específicas dos componentes da massagem de relaxamento;
- Identificar técnicas na massagem de relaxamento.

3

Problemática

- Existe evidência sobre a utilização de intervenções não farmacológicas, quando estas são utilizadas como adjuvantes às farmacológicas ou de forma isolada, no controlo da dor e promoção do conforto dos doentes;

(Czarnecki et al., 2011; Gatlin & Schulmeister, 2007; Gélinas et al., 2013; Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

- As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

- Enquanto profissionais com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros estão numa posição relevante para promover e intervir na gestão e controlo da dor;

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

4

Massagem

- Método de manipulação dos tecidos moles de todo o corpo usando técnicas de pressão e tracção

(Ernst, 2009, citando Ernst, Pittler, Wider & Boddy, 2006)

- Produz efeitos sobre os sistemas nervoso, muscular e respiratório, assim como sobre a circulação sanguínea e linfática

(Gatlin & Schulmeister, 2007; van Tulder, Furlan, & Gagnier, 2005)

5

Massagem - Objetivos

- Ativar a circulação
- Melhorar o aporte nutricional à pele
- Prevenir fibroses e aderências da pele e tecidos
- Reduzir a dor, stress, ansiedade e tensão
- Ativar as funções do sistema imunitário

6

Massagem - Benefícios

- Alívio da dor
- Diminuição da ansiedade
- Diminuição da pressão sanguínea
- Aumento de sentimentos de bem-estar

(Williams, Davies & Griffiths, 2009)

7

Massagem - Indicações

- Edemas
- Tendinites e lesões dos ligamentos
- Roturas musculares
- Contracturas musculares e mialgias
- Infiltrados subcutâneos
- Cicatrizes
- Fibroses
- Alterações tróficas (atrofias musculares)

8

Massagem – Contra - Indicações

- Patologias infecciosas evolutivas
- Flebites
- Patologias cutâneas
- Fragilidade vascular do local a tratar
- Reumatismos inflamatórios em fase aguda
- Estômago cheio
- Bexiga cheia
- Febre
- Varizes estabelecidas

9

Massagem - Precauções

- Gravidez de risco (exceto relaxante ou drenagem linfática)
- Período pós-cirúrgico (movimentos leves)
- Placas, próteses (movimentos leves)
- Úlceras gástricas (trabalhar a respiração)
- Cálculos renais ou de vesícula biliar (evitar drenagem)
- Osteoporose, fraturas recentes ou descalcificação (movimentos leves)
- Tumores malignos ou benignos (quando a pessoa está debilitada)

10

Massagem - Componentes

- Ritmo e frequência
- Pressão
- Direção
- Duração e frequência das sessões

11

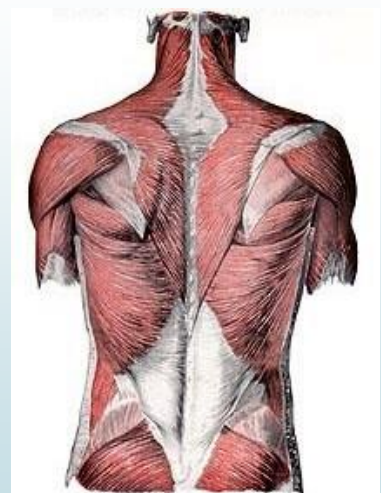
Massagem de Relaxamento

- **Ritmo:** Regular
- **Frequência:** Lenta, com função relaxante ou para facilitar a redução de edemas
- **Pressão:** Leve

12

Massagem de Relaxamento

- **Direção:** paralela às fibras musculares
- **Duração:** depende da área a tratar, da finalidade a atingir e da tolerância do utente
- **Frequência:** determina-se em função dos resultados terapêuticos pretendidos



http://www.doresnascostas.com.br/coluna_vertebral.asp?Id=8&Id_Sup=4

13

Técnicas de Massagem

- *Effleurage* ou deslizamento
- Compressão
- Drenagem linfática
- Percussão
- Fricção
- Vibração
- Técnicas de trabalho corporal (neuromuscular; pressão no ponto de gatilho; alongamento e mobilização)

(Cassar, 2001)

14

Massagem de Relaxamento - Técnicas

- **Effleurage ou deslizamento**
- **Efeito Mecânico:**
 - ✓ Direto
 - ✓ Movimento do sangue ao longo dos vasos
- **Efeito Reflexo:**
 - ✓ Os terminais nervosos são estimulados pela massagem, com um efeito benéfico sobre outras regiões do corpo, através de um trajeto reflexo que envolve o sistema nervoso autônomo
- **Redução da dor (mecânico e reflexo):**
 - ✓ Aumento do fluxo de sangue ajuda a remover agentes inflamatórios (fonte comum de dor)
 - ✓ Efeito bloqueante dos impulsos dolorosos e estimulação da libertação de endorfinas (analgésicos naturais)

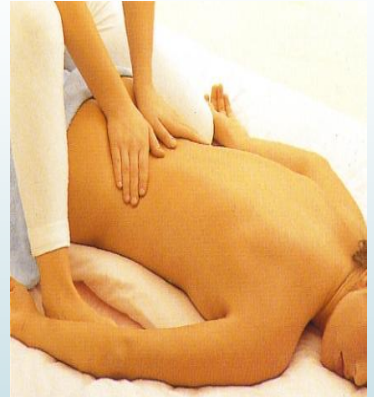
(Cassar, 2001)

15

Massagem de Relaxamento - Técnicas

► Deslizamento superficial

- ✓ Realizar com a superfície palmar de uma ou de ambas as mãos, com pressões constantes suaves e leves – beneficia a circulação superficial e o relaxamento, com ritmo lento e uniforme
- ✓ Iniciar na região mais próxima à coluna afastando depois lateralmente, sendo a direção cefálica
- ✓ Aplicar pressão mais leve no início (promove o relaxamento)
- ✓ Aplicar pressão mais forte para promover a circulação profunda e reduzir a rigidez muscular)



http://www.personalfisio.net/massagem_relaxamento.html

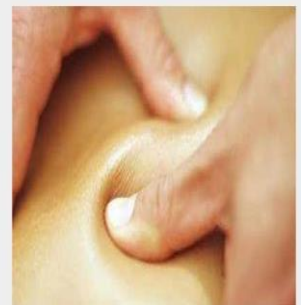
(Adaptado de Cassar, 2001)

16

Massagem de Relaxamento - Técnicas

► Deslizamento profundo (polegar e restantes dedos)

- ✓ Melhora a circulação, reduz tensão e tem efeito desconstruturante
- ✓ A pressão máxima deverá ser atingida progressivamente, e a descompressão deverá igualmente ser gradual (exceto se o doente referir dor intensa)



<http://www.lifecooler.com/artigos/centro-de-massagens-shiatsu/16628/>

(Cassar, 2001)

17

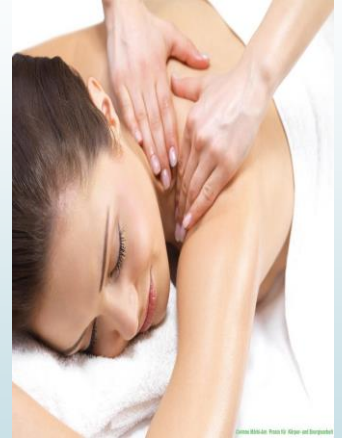
Massagem de Relaxamento - Técnicas

► Deslizamento profundo (polegar e restantes dedos)

➤ Região Cervical

- ✓ Aplicar o deslizamento com o polegar nos músculos posteriores da região cervical e omoplatas
- ✓ Executar manobras alternadas dos polegares, com uma extensão de cerca de 5 cm para cada uma
- ✓ Iniciar na região mediana da omoplata, movimentar cada polegar lateralmente fazendo uma curva
- ✓ Reposicionar as mãos regularmente de forma a incluir todos os grupos musculares da região cervical

(Adaptado de Cassar, 2001)



<http://www.omb100.com/beloehorizonte-belvedere/anuncio/personal-trainer-gilberto-silva-428560>

18

Massagem de Relaxamento - Técnicas

► Deslizamento profundo (polegar e restantes dedos)

➤ Região Lombar

- ✓ Com os polegares em colocados lateralmente à coluna (ambos os lados), aplicar a manobra de deslizamento ao longo dos músculos para-vertebrais exercendo igual pressão
- ✓ Avançar cerca de 5 cm em cada manobra (direção cefálica com leve curva lateral)
- ✓ A pressão deve ser aplicada gradualmente e ajustada de acordo com a rigidez e resistência dos tecidos
- ✓ Reposicionar as mãos regularmente de forma a incluir todos os grupos musculares da região lombar

(Adaptado de Cassar, 2001)



<http://pt.dzcount.com/porto/deal/desconto-massagem-terapeutica>

20

- Almeida, M. L. de, & Duarte, F. (2000). *Mensagem Dorsal de Bem Estar e Conforto. Revista Referência*, 5, 75-78. Disponível em https://www.esentfci.pt/pa3/fr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2052&id_revista=5&id_edicao=20
- Cassar, M.P. (2011). *Manual de Massagem Terapêutica: Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta* (D. Batista, Trad.). S.Paulo: Editora Manole Ltda. [Tradução do original do inglês Handbook of Massage Therapy: A Complete Guide for the Student and Professional Massage Therapist, 1st ed., 1999, Butterworth-Heinemann]. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/inteligente17/manual-de-massagem>
- Czarniecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524940211000749>
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive care in cancer: official journal of the International Association of Supportive Care in Cancer*, 17(4), 333-7. Disponível em <http://www.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=b7408457-3241-433c-9ca6-ef1aa92b8ed7%04sessionmgr114&hid=107&bdata=Jmxbhmc9cHQYnlmc20211laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=19148685>
- Gafin, C. B., & Schulmeister, L. (2007). When medication is not enough: Nonpharmacological management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 699-704. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=d55e49b1-3cf9-4af4-a01d-787b5d6f00a5%04sessionmgr113&vid=0&hid=107&bdata=Jmxbhmc9cHQYnlmc20211laG9zdC1saXZl#db=cm&AN=2009685784>
- Gêlinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-18. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x/epdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadenosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Van Tulder, M. W., Furlan, A. D., & Gagnier, J. J. (2005). Complementary and alternative therapies for low back pain. *Best practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(4), 639-54. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169420500029X>
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145-55. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-16d3d8586dee%04sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QlbGl2ZGQ%3d%3d&db=rzh&AN=2010314692>
- <http://www.corporalshape.com.br/102-drenagem-linfatica-massagem-relaxante-lurbina-da-liposcultura-shiatsu-modeladora-gestante.html>
- http://www.expressaasoude.com/uploads/114/6/3/1/4639306/748110_orig.jpg?0
- http://www.dorenasasoude.com.br/coluna_vertebral.asp?id=8&id_Sup=4

Bibliografia do Curso de Massagem Terapêutica

- Alter M 1988 The Science of Stretching. Illinois, HumanKinetics Books.
- Benson H 1976 The Relaxation Response. New York, Avon.
- Cailliet R 1988 Soft Tissue Pain and Disability, 2nd edn. Philadelphia, FA Davis Co.
- Cyriax J 1945 Deep Massage and Manipulation Illustrated. London, Hamish Hamilton Medical Books.
- Govan AD, Macfarlane PS and Callander R 1991 Pathology Illustrated. New York, Churchill Livingstone.
- Greenman P 1989 Principles of Manual Medicine. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Hope RA and Longmore JM 1986 Oxford Handbook of Clinical Medicine. Oxford, Oxford University Press.
- Janda V 1983 Muscle Function Testing. London, Butterworth.
- Juhan D 1987 Job's Body—A Handbook for Bodywork. New York, Station Hill Press Inc.
- Kendall FP and Kendall McCreary E 1983 Muscles Testing and Function. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Melzek R and Wall P 1988 The Challenge of Pain 2nd edn. Hamondsworth, Penguin.
- Mennell J 1920 Massage: Its Principles and Practice. London, J & I Churchill.
- Reid DC 1992 Sports Injury Assessment and Rehabilitation. New York, Churchill Livingstone.
- Rich JG (ed.) 2002 Massage Therapy: The Evidence For Practice. Edinburgh, Mosby.
- Seeley, R.R.; Stephens, Trent D.; Tate, Philip – Anatomia e Fisiologia. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 9728930-07-0.
- Travell JG and Simons DG 1983 Myofascial Pain and Dysfunction, vol. I. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Zafouroff, M. (1985). A Colour Atlas of Physical Signs in General Medicine. London: Wolfe Medical Publications Ltd.

Obrigada!

4º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
UC – Estágio com Relatório

Técnicas de Massagem Terapêutica

23

Mestranda:
Vera Magarreiro

Orientadora:
Enfª Teresa Rolo

Docente:
Profª Doutora Carla Nascimento

Almada, Janeiro de 2015

APÊNDICE III - Plano da sessão de formação Estágio II

PLANO DE SESSÃO

CURSO: Mestrado em Pessoa em Situação Crítica

LOCAL: Serviço de Urgência

DURAÇÃO: 30min

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

DATAS: 6, 9, 10, 12 e 13 de fevereiro de 2015 (15h00)

FORMADORAS: Susana Leal, Vera Magarreiro

Etapas	Atividades	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	Apresentação do tema	Identificação dos formadores Apresentação do tema ao grupo	Expositivo	Videoprojector		5 min
	Pré adquiridos		Interrogativo com <i>brainstroming</i>	Apresentação audiovisual		
	Apresentação objetivo geral da sessão	Sensibilizar a equipa para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à Pessoa com dor incapaz de a autoavaliar	Expositivo			
	Apresentação objetivos específicos da sessão	Mobilizar evidência científica atual Refletir sobre a necessidade de monitorizar a dor da Pessoa e o seu registo sistemático Analisar a escala comportamental enquanto instrumento de avaliação da dor na Pessoa incapaz de a autoavaliar – BPS				

Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos	Evidência científica Apresentação da escala comportamental de avaliação da dor	Expositivo	Apresentação audiovisual	Formativa	20min
	Síntese					
Conclusão	Avaliação em grupo			Apresentação audiovisual/ Papel	Sumativa	5 min
	Conclusão		Expositivo	Apresentação audiovisual		

APÊNDICE IV – Sessão de formação Estágio II



Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência

Mestrandas: Susana Leal

Vera Magarreiro

Tutores: Enfermeiro Tiago Amaral

Enfermeiro Paulo Baltazar

Docente: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa, 2015

Objectivo Geral:

- Sensibilizar a equipa para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à Pessoa com dor incapaz de a autoavaliar.

Objetivos específicos:

- Mobilizar evidência científica atual.
- Reflectir sobre a necessidade de monitorizar a dor da Pessoa e o seu registo sistemático.
- Analisar a escala comportamental enquanto instrumento de avaliação da dor na Pessoa incapaz de a autoavaliar – BPS.

Dor, um conceito

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou atual. Sendo que, a dor é o que a pessoa que a experimenta diz sentir, existindo sempre que a pessoa diz que existe.

(IASP 2010)
(McCaffery citado por Herr et al., 2011)

Problemática

- A dor é uma experiência frequente na PSC nas UCI's.
(Ahlers et al., 2008)
- A PSC está particularmente vulnerável à dor.
(Odhner, et al., 2003)
- A dor pode aumentar a mortalidade e morbidade e diminuir o conforto e a qualidade de vida na PSC.
(Ahlers et al., 2008)
- A dor na pessoa que não consegue comunicar deve ser avaliada de forma subjetiva através da observação e indicadores fisiológicos.
(The Joint Commission, 2001)

Problemática: gestão da dor

- A gestão da dor é um direito da pessoa, um dever do profissional de saúde e um aspeto fulcral para a humanização dos cuidados de saúde.
- A avaliação e registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

(DGS, 2003)

Problemática: gestão da dor

- Permite caracterizar a experiência da dor de forma a orientar a selecção de estratégias de intervenção adequadas e de verificar a eficácia das medidas de alívio.

(Gordon et al., 2005)

A pessoa em situação crítica tem direito à analgesia e à gestão da sua dor.

(The Joint Commission, 2001)

Problemática: gestão da dor

- Os enfermeiros apresentam um elevado domínio no que se refere à abordagem da dor e à criação de ambientes seguros e humanos.

(Puntillo, 2003)

- Estando presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, os enfermeiros são os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor na pessoa em situação crítica.

(IASP, 2010)

Problemática: gestão da dor

- 35% a 55% dos enfermeiros Subestimam a dor da pessoa
- 64% das pessoas não recebem qualquer administração de terapêutica antes ou durante os procedimentos dolorosos
- 50% das pessoas relataram dor
- 15% das pessoas relataram insatisfação com controlo da dor.

(Sessler., Grap & Ramsay, 2008)

Avaliação da dor na PSC

➤ Fotografia da sala de emergência

Complexa

(Pardo, Muñoz, Chamorro, 2006)

Desafio Universal

(Jacobi et al., 2002)

Difícil em doentes que não comunicam

(Young et al., 2006)

Escalas de avaliação da dor

Escalas de Avaliação Unidimensional

- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala Qualitativa
- Escala de faces

Escalas de Avaliação Pluridimensional

- Questionário de McGill
- Inventário Breve da dor
- Escala de Dolopus

Escalas de Avaliação Comportamental

- Flacc Behavioral Scale
- BPS – Behavioural Pain Scale
- CCPOT – Critical Care Pain Observation Tool
- NVPS – Non-Verbal Pain
- ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

(CHLC, 2014)

(OE, 2008)

Observação Comportamental

Indicadores Fisiológicos

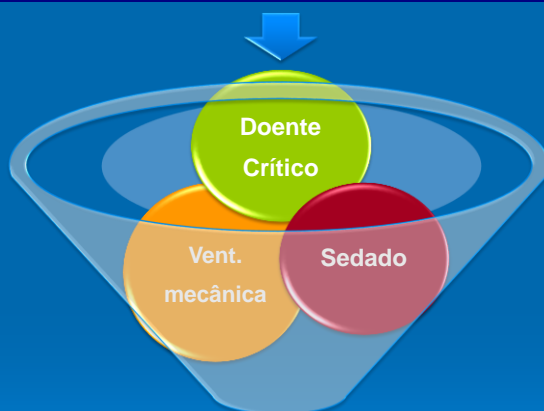
- Frequência Cardíaca
- Pressão Arterial
- Frequência Respiratória

Indicadores Comportamentais

- Expressão facial
- Presença de movimentos ou postura antiálgica
- Aumento do tônus muscular
- Adaptação ventilatória

(CHLC, 2014)

Behavioral Pain Scale - BPS



(Payen et al, 2001)

Unidade de Cuidados Intensivos e Anestesiologia do Hospital de Saint Eloi (França)

BPS

OBJECTIVO

Avaliar comportamentos considerados indicadores de dor na pessoa em situação crítica.

AVALIAÇÃO DE 3 INDICADORES:

- Expressão Facial
- Tónus dos Membros Superiores
- Adaptação à Ventilação

Cada indicador é dividido em 4 descrições, reflectindo um aumento gradual da intensidade da dor

(CHLC, 2014)

BPS

PONTUAÇÃO

- Selecção de um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma cotação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta).
- O resultado da intensidade da dor corresponderá à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa).

Com score de BPS ≥ 4 , doente apresenta dor => Intervenção de alívio













AVALIAÇÃO NA PRÁTICA

- Simples
- Rápida
- Implica conhecimento prévio do doente (Individualizada)

(CHLC, 2014)

BPS

**BPS
(intubated patients)**

	1	2	3	4
① Facial expression	 Relaxed	 Partially tightened = brow lowering	 Fully tightened = eyelid closing	 Grimacing = folded cheek
② Movements of upper limbs	 No movement	 Partially bent At rest: check the tonus by mobilization of the limb	 Very bent with finger flexion	 Retracted, opposition to care
③ Compliance with ventilation	 Tolerating ventilation	 Coughing but tolerating ventilation most of the time	 Fighting ventilator but ventilation possible sometimes	 Unable to control ventilation

(Chanques et al., 2009)

BPS

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (Adaptada da Behavioral Pain Scale)

Expressão Facial

- Relaxada _____ 1
- Testa contraída _____ 2
- Contração Franca (ex. pálpebras cerradas) _____ 3
- Fácies com sinal de Dor _____ 4

Tônus dos Membros Superiores

- Sem movimento _____ 1
- Ligeira Flexão _____ 2
- Membros em flexão e punhos cerrados _____ 3
- Membros retraídos _____ 4

Adaptação à Ventilação

- Adaptado _____ 1
- Reacção esporádica ao Ventilador _____ 2
- Luta contra o ventilador _____ 3
- Impossível de ventilar _____ 4

(Payen et al., 2001)

BPS

OBJECTIVO: Score <4

Oscilação da Pontuação

Score total

Ausência da dor = 3

Dor intensa =12

NOTA:

Scores > 4 significa que há necessidade de intervenção de alívio

(CHLC, 2014)

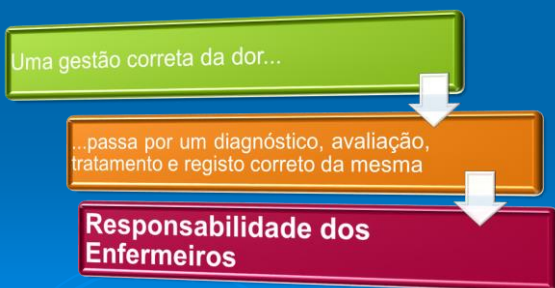
Frequência da avaliação

- Uma vez por turno, se intensidade ≤ 3 .
- De 4/4 horas ou 2x por turno, se intensidade ≥ 4 , tendo em conta que uma das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico.
- Após o analgésico, 1 hora após analgésico Per os, SNG ou rectal e ½ hora após terapêutica EV.
- Sempre que a situação o justifique.

(CHLC, 2014)

Em Síntese:

- O enfermeiro deve desenvolver esforços no sentido de melhorar a gestão da dor na pessoa em situação crítica.
- A gestão da dor é um indicador de melhoria da prestação de cuidados de saúde.



(OE, 2008)

Em Síntese:

A informação/formação é importante, mas não é suficiente...



Bibliografia

- Ahlers, S., Gulik, L., Veen, A., Dongen, H., Bruins, P., Belitser, S., ... Knibbe, C. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care (London, England)*, 12(1), R15.
- Blenkarn, A., Siobhan, F., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(6).
- Caetano, C., Lopes, E., Dias, E., & Duarte, S. (2013). Avaliação da dor no doente em Situação Crítica. *1º Seminário de Enfermagem Em Cuidados Intensivos Da Beira Interior*, 32(1).
- Chanques, Gérald, Payen, J.-F., Mercier, G., de Latre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(12), 2060–7.
- CHLC. (2014). Avaliação e registo da dor enquanto 5º Sinal Vital. Circular Informativa nº 389. Disponível em http://172.16.4.160/intranet/circular/imagens/chlci_389_2014.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. (Direção Geral de saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direção-Geral de Saúde* (2003)
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da dor. Circular Normativa N.º11/DGCS/DPDC 18 de Junho de 2008 (2008). Retirado de: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControloDaDor.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Retirado de: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44–52.
- IASP. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (A. Kopf & B. Nilesch, Eds.) (pp. 1–418). Seattle: IASP Press

Bibliografia

- Jacobi J., Fraser G. L., Coursin D. B., Riker R. R., Fontaine D., Wittbrodt, et al. (2002). Clinical Practice Guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine* (30).
- Latorre, M., Solís, M., Falero, R., Larrasquitu, S., Pérez, R., & Santos, M. (2011). [Validation of the Scale of Behavior Indicators of Pain (ESCID) in critically ill, non-communicative patients under mechanical ventilation: results of the ESCID scale]. *Enfermería Intensiva*, 22(1). doi:10.1016/j.enfi.2010.09.005
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática* (serie 1., pp. 1–51). Lisboa: DPI Cromocipo.
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Sreinmetz, A., & Ingersoll, G. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(6), 260–267. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3cbbc965-c0fa-4847-bd2f-9e2af9bde9f%40sessionmgr113&vid=5&hid=119>
- Pardo C., Muñoz T., Chamorro C., (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, vol. 30.
- Puntillo, K. (2003). Pain Assessment and management in the Critically Ill: Wizardry or Science? *American Journal of Critical Care*, 12(4).
- Sessler, C., Grap, M. J., & Ramsay, M. (2008). Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(3). doi:10.1186/cc6148
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–78
- Young, J., Siffleet, J., Nikolett, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive & Critical Care*

OBRIGADA!



Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência.

Mestrandas: Susana Leal
Vera Magarreiro
Tutores: Enf. Tiago Amaral
Enf. Paulo Baltazar
Docente: Prof. Dr. Carla Nascimento

Lisboa, 2015

APÊNDICE V – Folha de registo de tempo em plano-duro

Folha de registo de tempo em plano-duro vs dor e integridade cutânea

Data: __/__/__

Nº processo: _____

Vinheta do doente

➤ Pré-hospitalar:

✓ Hora do acidente: __h__m Local do acidente: _____

✓ Imobilização no local: Hora: __h__m

Colar cervical _____

Plano-duro _____

Maca coquille _____

➤ Analgesia: Sim _____ Não _____

➤ Hospital:

➤ Serviço de Urgência

✓ Hora de admissão: __h__m

✓ Dor _____ Escala numérica _____ Escala BPS _____

• Analgesia: Sim _____ Qual? _____ Não _____

• Intervenções não-farmacológicas:

Gelo _____ Alinhamento _____ Otimização de imobilizações _____

Outras _____

✓ Remoção do plano-duro:

Hora: __h__m

Técnica utilizada: Levantamento _____

Maca Scoop _____

Rolamento _____

✓ Integridade cutânea: Integra _____

Zona de pressão _____

Local _____

Úlcera por pressão _____

Local _____

Sol. de continuidade _____ Local _____

✓ Encaminhamento do doente:

BO _____

UCI _____

➤ **Bloco Operatório / Unidade de Cuidados Intensivos**

✓ **Hora de admissão:** ____h____m

✓ **Dor** ____ Escala numérica ____ Escala BPS ____

• **Analgesia:** Sim ____ Qual? _____ Não ____

• **Intervenções não-farmacológicas:**

Gelo ____ Alinhamento ____ Otimização de imobilizações ____

Outras _____

✓ **Remoção do plano-duro:**

Hora: ____h____m

Técnica utilizada: Levantamento ____

Maca Scoop ____

Rolamento ____

✓ **Integridade cutânea:** Integra ____

Zona de pressão ____ Local _____

Úlcera por pressão ____ Local _____

Solução de continuidade ____ Local _____

Vasconcelos (2014) (não publicado)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Vasconcelos, P. (2014). Folha de Registo de Trauma. Lisboa. (não publicado)

**APÊNDICE VI – Fundamentação para a folha de registo de tempo
em plano-duro**

PLANO-DURO *VERSUS* DOR E ÚLCERAS POR PRESSÃO: a responsabilidade do Enfermeiro

A imobilização de um doente em plano-duro e com colar cervical baseia-se na premissa de que ao se minimizar o movimento diminui-se a probabilidade de existir lesão medular e/ou agravamento de lesões já existentes (Connor, Greaves, Porter, & Bloch, 2013). Este é um conceito presente na maioria das *guidelines* internacionais em trauma (Connor et al., 2013).

Porém, numa revisão sistemática da literatura realizada por Kwan e sua equipa constata-se que não existe evidência de alto nível que identifique os *outcomes* da imobilização *versus* os *outcomes* da não imobilização (Kwan, Bunn, & Ig, 2009). Neste sentido, Connor et al., (2013) referem que os estudos realizados por Hauswald e seus colaboradores, em 1998 e 2002, colocam a hipótese de que a lesão ocorre no momento do impacto através de forças de maior magnitude do que aquelas que possam ser exercidas em movimentos subsequentes, e que estes, normalmente, não são suficientes para causar lesão. Esses estudos dizem ainda que o doente que se encontra consciente e alerta adota uma posição de conforto que, em conjunto com o espasmo muscular, protege a coluna lesionada.

Estas teses têm contribuído para que a colocação do plano-duro como uma prática obrigatória junto da pessoa vítima de trauma passe a ser questionada (Cooney, Wallus, Asaly, & Wojcik, 2013). Diferentes autores realçam potenciais desvantagens associadas ao uso do plano-duro, nomeadamente: dor iatrogénica, formação de úlceras por pressão, risco de aspiração de vómito, compromisso respiratório e aumento da pressão intracraniana (Connor et al., 2013; Cooney et al., 2013). Está documentado que doentes imobilizados em plano-duro experienciam desconforto e estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras por pressão, sendo por isso importante promover o seu conforto e prevenir a formação de úlceras (Cordell, Hollingsworth, Olinger, Stroman, & Nelson, 1995; Edlich et al., 2011; Ham, Schoonhoven, Schuurmans, & Leenen, 2014; Kroll, Moy, & Schwarz, 2014; Yeung, Cheung, Graham, & Rainer, 2006).

A evidência mostra que imobilizar pessoas sem qualquer lesão, por períodos de 30 minutos ou mais, num plano-duro provoca dor e desconforto (Edlich et al., 2011; Lerner & Moscati, 2000). No estudo realizado por Edlich et al. (2011) após 30 minutos

de imobilização no plano-duro, o valor médio atribuído à dor era de 6.0 (numa escala de avaliação da dor de 1 a 10, sendo o 1 = sem dor e o 10 = a pior dor possível).

Tendo em conta um estudo observacional realizado em 2013 num centro de trauma de Nível 1 nos Estados Unidos da América, o valor médio de tempo que o doente passa num plano-duro foi de 54 minutos (com uma variação de ± 65 minutos), estando incluído neste período o pré-hospitalar e o tempo decorrido já no serviço de urgência. Apesar de o intervalo de tempo decorrido no hospital com plano-duro ter uma média de 21 minutos (variando ± 15 minutos), este valor é ainda significativo pois não podemos ignorar o tempo decorrido desde o local do incidente até à chegada ao hospital (Cooney et al., 2013). Em Setembro de 2014, várias instituições dos Estados Unidos da América (Fire Department – Emergency Medical Services Division de St. Louis, American Medical Response / Abbott EMS, Clayton Fire Department retiraram o plano-duro dos seus protocolos de actuação, mantendo o colar cervical e a estabilização da coluna cervical como parte integrante dos cuidados pré-hospitalares (Kroll, Moy, & Schwarz, 2014). Apesar de em Portugal não existirem *guidelines* que indiquem o tempo ótimo de manutenção do plano-duro de forma a prevenir complicações, a Direcção-Geral da Saúde emanou uma circular normativa com algumas orientações relativamente à organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado onde refere que a realização da avaliação inicial (baseada no ABCDE) e estabilização primária deve ser feito em menos de 20 minutos e a avaliação secundária em menos de uma hora (Direcção-Geral da Saúde, 2010). A Ordem dos Médicos no documento que construiu de normas de boa prática em trauma faz referência a colocação do plano-duro pelo tempo mínimo necessário, evitando períodos superiores a duas horas (Grupo de Trabalho de Trauma, 2009). Algumas *guidelines* norte-americanas referem os 20 minutos (desde a admissão num serviço de urgência) como tempo limite para a retirada do plano-duro, prevenindo assim complicações (Deaconess Trauma Services, 2004; Margulies, Rudd, Haus, Wilson, & Hotz, 2007).

No Reino Unido, uma auditoria realizada em 2006 a uma centena de Serviços de Urgência no Reino Unido destaca mudanças no momento de retirada do plano-duro quando comparada com outra auditoria idêntica realizada em 2002: 21% dos hospitais retiravam o plano-duro imediatamente à chegada ao serviço de urgência (em 2002 eram 5%); 58% faziam-no após a exclusão de lesão lombar e /ou dorsal por um médico especialista (em 2002 eram 52%); 21% mantinham o plano-duro até à

realização de exames radiológicos que permitiam a exclusão de lesões (em 2002 eram 43%) (Stagg & Lovell, 2007). Os mesmos autores fazem referência a um estudo de Mawson et al. (1988) que conclui que a incidência de úlceras por pressão ao nível das proeminências ósseas pode estar relacionada com o tempo prolongado em plano-duro. É sabido que os doentes em choque têm uma pressão de perfusão reduzida e os doentes com lesão medular com potenciais *deficits* neurológicos na autorregulação da pressão arterial e ausência de sensação de dor apresentam uma maior risco de desenvolvimento de úlceras. Contudo, são estes os doentes que geralmente mais tempo passam em plano-duro.

Por tudo isto, conclui-se que a retirada precoce do plano-duro parece ser uma boa prática (Ahn et al., 2011), nomeadamente, uma prática sustentada na promoção do conforto da pessoa. Na área dos cuidados de saúde, a gestão da dor integra as funções do enfermeiro, estando esta descrita nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica como um profissional que faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa otimizando as suas respostas (Regulamento n° 124/2011, de 20 de Novembro). Também a Ordem dos Enfermeiros faz referência às competências que os enfermeiros possuem para intervir no controlo da dor, dada a sua proximidade e tempo de contacto com os doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2008), definindo que os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

O Conselho Internacional de Enfermeiras (2003), no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define as úlceras por pressão como um foco de atenção para a prática dos enfermeiros (Gomes, 2008). Considerar a úlcera como foco de atenção implica adotá-la como área de intervenção privilegiada da enfermagem, sendo que, neste caso particular das úlceras por pressão, estas são vistas como tendo grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, uma vez que é possível produzir ganhos em saúde a este nível que resultem das intervenções autónomas dos enfermeiros (Gomes, 2008).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2012-2016), no que diz respeito às estratégias para a saúde, faz parte dos objetivos obter ganhos em saúde. Assim, para o Ministério da Saúde (2000) os ganhos em saúde expressam a melhoria dos resultados, traduzindo-se por:

ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.2)

São também definidos no Plano Nacional de Saúde (2012-2016) os ganhos potenciais em saúde como “os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis.” (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.2).

Pela problemática exposta e sua fundamentação, parece ser evidente que os enfermeiros, através das suas funções autónomas, desenvolvem um papel essencial na prevenção de duas complicações associadas ao uso do plano-duro - dor e úlceras por pressão – intervindo também ao nível dos custos em saúde e, consequentemente, nos ganhos em saúde e bem-estar da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, H., Singh, J., Nathens, A., Macdonald, R. D., Travers, A., Tallon, J., ... Yee, A. (2011). Pre-hospital care management of a potential spinal cord injured patient : A systematic review of the literature and evidence-based guidelines. *Journal of Neurotrauma*, 28, 1341–1361. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/41531156_Pre-hospital_care_management_of_a_potential_spinal_cord_injured_patient_a_systematic_review_of_the_literature_and_evidence-based_guidelines
- Connor, D., Greaves, I., Porter, K., & Bloch, M. (2013). Pre-hospital spinal immobilisation: an initial consensus statement. *Emergency Medicine Journal*, 30(12), 1067–9. Retirado de <http://www.conovers.org/ftp/BMJ-Spinal-Immobilization.pdf>
- Cooney, D. R., Wallus, H., Asaly, M., & Wojcik, S. (2013). Backboard time for patients receiving spinal immobilization by emergency medical services. *International Journal of Emergency Medicine*, 6(1), 17. Retirado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1865-1380-6-17.pdf>
- Cordell, W. H., Hollingsworth, J. C., Olinger, M. L., Stroman, S. J., & Nelson, D. R. (1995). Pain and tissue-interface pressures during spine-board immobilization. *Annals of Emergency Medicine*, 26(1), 31–36. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064495702342>
- Deaconess Trauma Services. (2004). *Practice Guideline: Backboard Removal. Backboard Removal*. Acedido a 19-01-2015. Retirado de

<http://www.deaconess.com/pdfs/trauma/trauma-guidelines/management/backboardremoval.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2012). Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. In *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* (p. 1–22). Acedido a 28-12-2014. Retirado de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. *Circular Normativa - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 (2010). Acedido a 28-12-2014. Retirado de <http://www.dgs.pt/?cr=15763>
- Edlich, R. F., Mason, S. S., Vissers, R. J., Gubler, K. D., Thacker, J. G., Pharr, P., ... Long, W. B. (2011). Revolutionary advances in enhancing patient comfort on patients transported on a backboard. *The American journal of emergency medicine*, 29(2), 181–6. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675709004525>
- Gomes, L. M. (coord). (2008). *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados*. (Grupo ICE - Investigação Científica em Enfermagem, Ed.). Retirado de <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf>
- Grupo de Trabalho de Trauma. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Retirado de <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=fcde14913c766cf307c75059e0e89af5>
- Ham, W., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J., & Leenen, L. P. H. (2014). Pressure ulcers from spinal immobilization in trauma patients: a systematic review. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 76(4), 1131–41. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/261067885_Pressure_ulcers_from_spinal_immobilization_in_trauma_patients_A_systematic_review
- Kroll, M., Moy, H. P., & Schwarz, E. (2014). First Responders: Ditch the Spine Board - Should we reflexively place patients in spinal immobilization? *Emergency Medicine*. Acedido a 28-12-2014. Retirado de <http://www.medpagetoday.com/EmergencyMedicine/EmergencyMedicine/49133>
- Kwan, I., Bunn, F., & Ig, R. (2009). *Spinal immobilisation for trauma patients (Review)*. *The Cochrane Library*, (1), 20. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/11933911_Spinal_immobilisation_for_trauma_patients
- Lerner, E. B., & Moscati, R. (2000). Duration of patient immobilization in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 28–30. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675700900433>
- Margulies, D., Rudd, S., Haus, F., Wilson, M., & Hotz, H. (2007). *Backboard Removal Guideline*. Acedido a 19-01-2015. Retirado de http://www.traumanurses.org/_resources/resource_library/clinical_practices_and

_guidelines/backboard_removal_guideline.doc?phpmyadmin=yukhxpm3nurfj3yce22h8dyhvf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (2011). Diário da República, 2ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. Acedido a 29-12-2014. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Stagg, M. J., & Lovell, M. E. (2007). A repeat audit of spinal board usage in the emergency department. *International Journal of the Care of the Injured*, 39(3), 323–6. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138307002240>

Yeung, J. H. H., Cheung, N. K., Graham, C. a, & Rainer, T. H. (2006). Reduced time on the spinal board-effects of guidelines and education for emergency department staff. *International Journal of the Care of the Injured*, 37(1), 53–6. Acedido a 20-12-2014. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138305001488>

APÊNDICE VII – Plano da sessão de formação Estágio III

PLANO DE SESSÃO

CURSO: Mestrado em Pessoa em Situação Crítica

LOCAL: Unidade de Cuidados Intensivos

DURAÇÃO: 30min

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

DATA: 13 de fevereiro de 2015 (16h30)

FORMADOR: Vera Magarreiro

Etapas	Atividades	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	Apresentação do tema	Identificação do formador Apresentação do tema ao grupo	Expositivo	Apresentação audiovisual		3 min
	Apresentação dos objetivos Geral Específicos	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão não-farmacológica da dor Refletir sobre a importância das intervenções não-farmacológicas no controlo da dor Analisar a aplicação de intervenções não-farmacológicas específicas no serviço Apresentar a massagem enquanto intervenção não-farmacológica	Expositivo	Apresentação audiovisual		

		Apresentar técnicas utilizadas na massagem de relaxamento.				
Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos	<p>Evidência Científica</p> <p>Estatística do serviço</p> <p>Definição, aplicações e precauções de intervenções não-farmacológicas (distração, humor/riso, reposicionamento, aplicação de calor/frio)</p> <p>Benefícios, indicações, contraindicações, precauções e objetivos da massagem</p> <p>Componentes específicos da massagem de relaxamento</p> <p>Técnicas utilizadas na massagem de relaxamento</p>	Expositivo	Apresentação audiovisual	Formativa	20min
Conclusão	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo/ Interação com os formandos	Apresentação audiovisual		7 min

APÊNDICE VIII – Sessão de formação Estágio III

Gestão Não Farmacológica da Dor na Pessoa em Situação Crítica – o conforto como uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Mestranda:
Vera Magarreiro

Orientador:
Enf.º Paulo Baltazar

Docente:
Prof.ª Doutora Carla Nascimento

Lisboa, Fevereiro 2015

2

OBJETIVOS

► Geral:

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão não-farmacológica da dor

► Específicos:

- Refletir sobre a importância das intervenções não-farmacológicas no controlo da dor.
- Analisar a aplicação de intervenções não-farmacológicas específicas no serviço.
- Apresentar a massagem enquanto intervenção não-farmacológica.
- Apresentar técnicas utilizadas na massagem de relaxamento.

Problemática

- Estudos recentes revelam que cerca de 60% dos doentes afirmam que sentiram dor moderada a intensa enquanto internados na UCI;

(International Association for the Study of Pain , 2010)

- A ineficaz gestão da dor em UCI leva a um aumento da morbilidade e mortalidade, desencadeando graves alterações fisiológicas e psicológicas na pessoa;

(Stites , 2013)

- Enquanto profissionais com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros estão numa posição relevante para promover e intervir na gestão e controlo da dor;

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

4

Problemática

- Já existem resultados sobre a utilização de intervenções não farmacológicas, quando estas são utilizadas como adjuvantes às farmacológicas ou de forma isolada, no controlo da dor;

(Czarnecki et al., 2011; Gattlin & Schulmeister , 2007; Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012; Williams, Davies, & Griffiths , 2009)

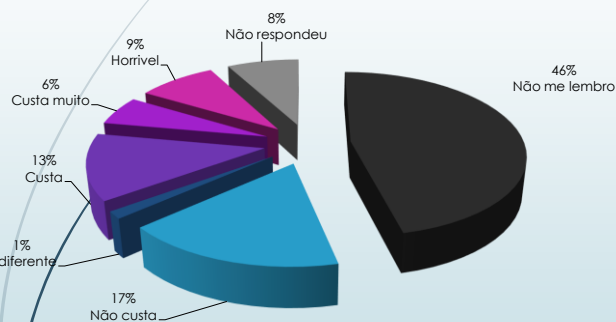
- As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

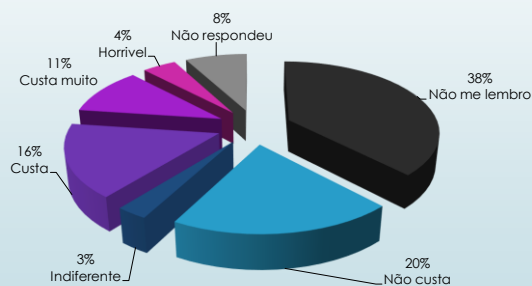
5

Vivências durante internamento

Dor



Desconforto

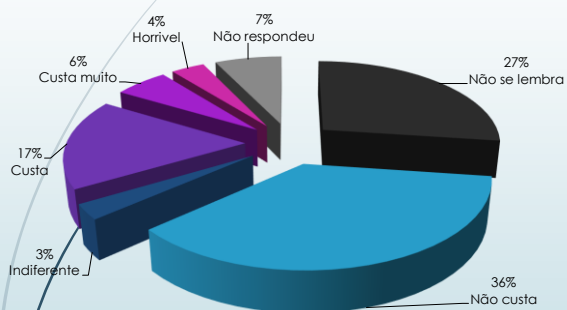


Fonte: Dados estatísticos da consulta de *follow-up* da UUM referentes ao ano de 2013

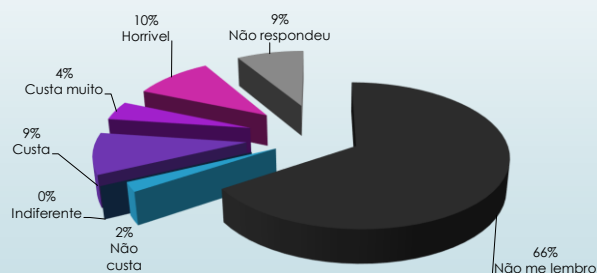
6

Vivências durante internamento

Picadas agulhas



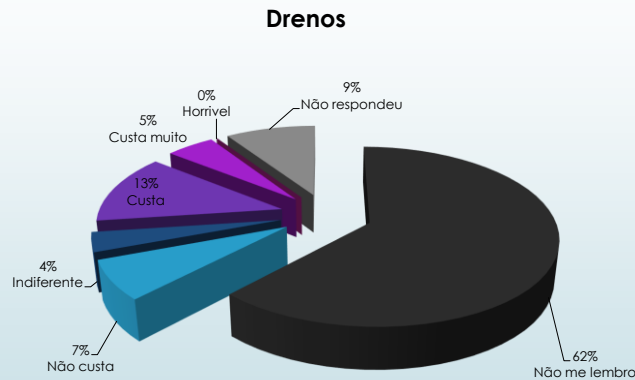
Aspiração tubo traqueal



Fonte: Dados estatísticos da consulta de *follow-up* da UUM referentes ao ano de 2013

7

Vivências durante internamento



Fonte: Dados estatísticos da consulta de *follow-up* da UUM referentes ao ano de 2013

8

Intervenções não-farmacológicas

- São utilizadas com o objetivo de tratar as dimensões, afetiva, cognitiva, comportamental e socio-cultural da dor.

(Yavuz, 2006 citado por Demir, 2012)

- Estas intervenções:

- ✓ Aumentam o sentimento individual de controlo;
- ✓ Diminuem o sentimento de fraqueza;
- ✓ Melhoram o nível de atividade e a capacidade funcional;
- ✓ Reduzem o stress e ansiedade;
- ✓ Reduzem a dosagem necessária de analgésicos, diminuindo os seus efeitos secundários;

(Yildirim, 2006, citado por Demir, 2012)

9

Intervenções não-farmacológicas

- Inibem ou modulam a transmissão ascendente de um estímulo nocivo (que provoca dor) da periferia, ou estimulam o controlo inibitório descendente do cérebro.

(Erstad et al., 2009)

- Determinar gostos e disponibilidade do doente antes de implementar qualquer intervenção não-farmacológica.
- Referenciar para outros profissionais no caso de intervenções que vão além das nossas competências e formação.

(Chlan, 2002)

10

Intervenções não-farmacológicas (perspetivas dos doentes/família e enfermeiros)



(Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012)

11

Intervenções não-farmacológicas

- Aromoterapia
- **Distração**
- **Humor / Riso**
- Imaginação guiada / visualização
- **Reposicionamento**
- **Calor / Frio**
- Música
- *Reiki*
- **Massagem**
- Meditação
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS)

(Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

12

Intervenções não-farmacológicas

Distração

- Procedimentos que previnem ou reduzem a percepção de dor através do focar a atenção em sensações não relacionadas com dor.

(Glanze, 1990, citado por Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

- **Aplicação:**

- ✓ Recursos como televisão, música, livros, revistas, jornais;
- ✓ Conversar com os doentes durante os procedimentos dolorosos;

(adaptado de Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

13

Intervenções não-farmacológicas

Humor / Riso

- Estudos mostram que o humor e o riso provocam um estado emocional mais positivo que induz o relaxamento e minimiza o desconforto físico e psicológico, aumentando a tolerância à dor e diminuindo o uso de analgesia.
- **Aplicação:**
 - ✓ Importante a receptividade do doente para este tipo de intervenção;
 - ✓ Introduzir o humor nas conversas com o doente;
 - ✓ Providenciar vídeos adequados.
- **Precauções:**
 - ✓ Doentes submetidos a cirurgia abdominal ou cerebral recente e/ou com náuseas e vômitos

(adaptado de Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

14

Intervenções não-farmacológicas

Reposicionamento

- A forma como os doentes são posicionados pode influenciar o seu nível de desconforto.
- **Aplicação:**
 - ✓ Utilização de almofadas e colchões adequados;
 - ✓ Ter atenção às imobilizações (talas gessadas e trações);
 - ✓ Falar de uma forma tranquila com o doente informando-o do que se irá passar;
 - ✓ Incitar à utilização da respiração profunda como forma de relaxamento.
- **Precauções:**
 - ✓ Existência de fraturas imobilizadas;
 - ✓ Rigidez articular.

(Williams, Davies, & Griffiths, 2009; Faigles et al., 2013)

15

Intervenções não-farmacológicas

Aplicação de calor

- Aumenta a circulação sanguínea à pele, provoca vasodilatação, aumenta fornecimento de oxigénio e nutrientes aos tecidos e diminui a rigidez articular aumentando a elasticidade muscular.

■ Aplicação:

- ✓ Aplicar "compressas" quentes na região afetada;
- ✓ Colocar lençóis ou cobertores quentes em doentes em choque, hipotérmicos ou ansiosos, proporcionando conforto.

(Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

16

Intervenções não-farmacológicas

Aplicação de calor

■ Precauções:

- ✓ Não utilizar em doentes febris ou com processos inflamatórios;
- ✓ Não aplicar em zonas inflamadas ou com hematomas;
- ✓ Em doentes com alteração do estado de consciência ou da sensibilidade ou alterações da circulação, deve-se ponderar;
- ✓ Não aplicar calor direto nas zonas com pensos transdérmicos de fentanil;
- ✓ Não aplicar em zonas sujeitas a tratamentos de radioterapia.

(Williams, Davies, & Griffiths, 2009; Gatlin & Schulmeister, 2007)

17

Intervenções não-farmacológicas

Aplicação de frio

- Provoca constrição dos vasos sanguíneos diminuindo a temperatura do tecido cutâneo e subcutâneo; alivia a dor, o espasmo muscular e o edema em lesões dos tecidos moles.

(Gatlin & Schulmeister, 2007)

- **Aplicação:**

- ✓ Aplicar o gelo num período entre 15 a 30 minutos (tempo médio até sensação de anestesia local);
- ✓ A aplicação local de gelo reduz edema e dor através do controlo do processo inflamatório;
- ✓ 4 etapas:
 - ✓ 1 a 3 minutos – sensação de frio;
 - ✓ 2 a 7 minutos – sensação de queimadura e dor;
 - ✓ 5 a 12 minutos – quebra na transmissão das fibras nervosas, com redução do edema e da sensação de dor.

(Demir, 2012)

18

Intervenções não-farmacológicas

Aplicação de frio

- **Precauções:**

- ✓ Não aplicar em feridas abertas;
- ✓ Não aplicar em zonas sujeitas a radioterapia;
- ✓ Em doentes com alteração do estado de consciência ou da sensibilidade ou alterações da circulação, deve-se ponderar;

(Williams, Davies, & Griffiths, 2009; Gatlin & Schulmeister, 2007)

19

Intervenções não-farmacológicas

Massagem

- Método de manipulação dos tecidos moles de todo o corpo usando técnicas de pressão e tração.

(Ernst, Pittler, Wider & Boddy, 2006, citado por Ernst, 2009)

- Produz efeitos sobre os sistemas nervoso, muscular e respiratório, assim como sobre a circulação sanguínea e linfática.

(Gatlin & Schulmeister, 2007; van Tulder, Furlan, & Gagnier, 2005)

20

Intervenções não-farmacológicas

Massagem

■ Objetivos

- ✓ Ativar a circulação
- ✓ Melhorar o aporte nutricional à pele
- ✓ Prevenir fibroses e aderências da pele e tecidos
- ✓ Reduzir a dor, stress, ansiedade e tensão
- ✓ Ativar as funções do sistema imunitário

■ Benefícios

- ✓ Alívio da dor
- ✓ Diminuição da ansiedade
- ✓ Diminuição da pressão sanguínea
- ✓ Aumento de sentimentos de bem-estar

(Williams, Davies & Griffiths, 2009)

21

Intervenções não-farmacológicas Massagem

■ Indicações

- ✓ Edemas
- ✓ Tendinites e lesões dos ligamentos
- ✓ Roturas musculares
- ✓ Contracturas musculares e mialgias
- ✓ Infiltrados subcutâneos
- ✓ Cicatrizes
- ✓ Fibroses
- ✓ Alterações tróficas (atrofias musculares)

■ Contra – Indicações

- ✓ Patologias infecciosas evolutivas
- ✓ Flebites
- ✓ Patologias cutâneas
- ✓ Fragilidade vascular do local a tratar
- ✓ Reumatismos inflamatórios em fase aguda
- ✓ Estômago cheio
- ✓ Bexiga cheia
- ✓ Febre
- ✓ Varizes estabelecidas

22

Intervenções não-farmacológicas Massagem

■ Precauções

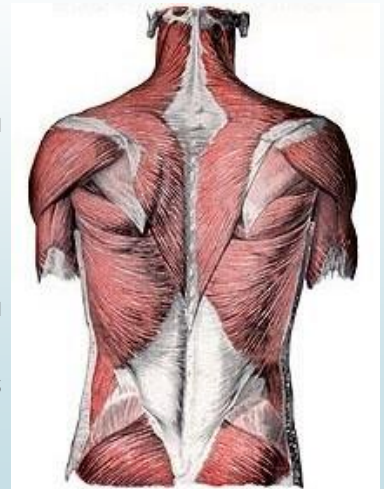
- ✓ Gravidez de risco (exceto relaxante ou drenagem linfática)
- ✓ Período pós-cirúrgico (movimentos leves)
- ✓ Placas, próteses (movimentos leves)
- ✓ Úlceras gástricas (trabalhar a respiração)
- ✓ Cálculos renais ou de vesícula biliar (evitar drenagem)
- ✓ Osteoporose, fraturas recentes ou descalcificação (movimentos leves)
- ✓ Tumores malignos ou benignos (quando a pessoa está debilitada)

23

Intervenções não-farmacológicas

Massagem de Relaxamento

- **Ritmo:** Regular
- **Frequência:** Lenta, com função relaxante ou para facilitar a redução de edemas
- **Pressão:** Leve
- **Direção:** paralela às fibras musculares
- **Duração:** depende da área a tratar, da finalidade a atingir e da tolerância do utente
- **Frequência:** determina-se em função dos resultados terapêuticos pretendidos



http://www.doresnascostas.com.br/coluna_vertebral.asp?Id=8&Id_Sup=4

24

Intervenções não-farmacológicas

Massagem de Relaxamento - Técnicas

- **Effleurage ou deslizamento**
- **Efeito Mecânico:**
 - ✓ Direto
 - ✓ Movimento do sangue ao longo dos vasos
- **Efeito Reflexo:**
 - ✓ Os terminais nervosos são estimulados pela massagem, com um efeito benéfico sobre outras regiões do corpo, através de um trajeto reflexo que envolve o sistema nervoso autónomo
- **Redução da dor (mecânico e reflexo):**
 - ✓ Aumento do fluxo de sangue ajuda a remover agentes inflamatórios (fonte comum de dor)
 - ✓ Efeito bloqueante dos impulsos dolorosos e estimulação da libertação de endorfinas (analgésicos naturais)

(Cassar, 2001)

25

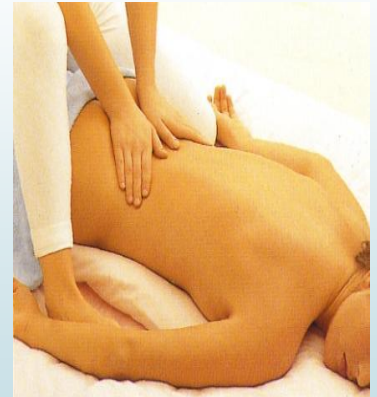
Intervenções não-farmacológicas

Massagem de Relaxamento - Técnicas

► Deslizamento superficial

- ✓ Realizar com a superfície palmar de uma ou de ambas as mãos, com pressões constantes suaves e leves – beneficia a circulação superficial e o relaxamento, com ritmo lento e uniforme
- ✓ Iniciar na região mais próxima à coluna afastando depois lateralmente, sendo a direção cefálica
- ✓ Aplicar pressão mais leve no início (promove o relaxamento)
- ✓ Aplicar pressão mais forte para promover a circulação profunda e reduzir a rigidez muscular)

(Adaptado de Cassar, 2001)



http://www.personalfisio.net/massagem_relaxamento.html

26

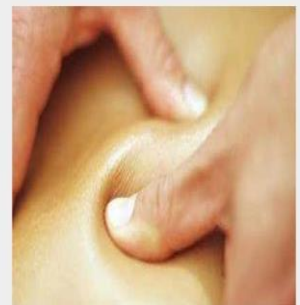
Intervenções não-farmacológicas

Massagem de Relaxamento - Técnicas

► Deslizamento profundo (polegar e restantes dedos)

- ✓ Melhora a circulação, reduz tensão e tem efeito desconstruturante
- ✓ A pressão máxima deverá ser atingida progressivamente, e a descompressão deverá igualmente ser gradual (exceto se o doente referir dor intensa)

(Cassar, 2001)



<http://www.lifecooler.com/artigos/centro-de-massagens-shiatsu/16628/>

Referências Bibliográficas

- Cassar, M.P. (2001). *Manual de Massagem Terapêutica: Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta* (D. Batista, Trad.). S.Paulo: Editora Manole Ltda. (Tradução do original do inglês Handbook of Massage Therapy: A Complete Guide for the Student and Professional Massage Therapist, 1st ed., 1999, Butterworth-Heinemann). Disponível em: <http://pt.slideshare.net/inteligente19/manual-de-massagem>
- Chlan, L. (2002). Integrating nonpharmacological adjunctive interventions into critical care practice: a means to humanize care? *American Journal of Critical Care*, 11(1), 14–16. Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/11/1/14.full.pdf+html>
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95–111. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904211000749>
- Demir, Y. (2012). Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. In Dr. Gabor Racz e Carl Noe (Ed.), *Pain Management - Current Issues and Opinions* (pp. 485–502). InTech. Disponível em http://cdn.intechopen.com/pdfs/26152/InTech-Non-pharmacological_therapies_in_pain_management.pdf
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(4), 333–7. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=b74a8457-3241-453b-9ca6-ef1aa92b8ed7%40sessionmgr114&hid=107&bdata=jmxhbm9cHqYnlmc20211aG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=19148685>
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., ... Sessler, C. N. (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest*, 135(4), 1075–86. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/24260458_Pain_Management_Principles_in_the_Critically_Ill
- Faigeeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 14(2), 85–93. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904210000196>
- Gatlin, C. G., & Schulmeister, L. (2007). When medication is not enough: Nonpharmacologic management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 699–704. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=d55e49b1-3cf9-4af4-a01d-787b5d6f00a5%40sessionmgr113&vid=0&hid=107&bdata=jmxhbm9cHqYnlmc20211aG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=2009685784>

Referências Bibliográficas

- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–18. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x/epdf>
- <http://pt.dzcount.com/porto/deal/desconto-massagem-terapeutica>
- http://www.doresnascostas.com.br/coluna_vertebral.asp?id=8&id_Sup=4
- <http://www.lifecooler.com/artigos/centro-de-massagens-shiatsu/16628/>
- <http://www.omb100.com/belohorizonte-belvedere/anuncio/personal-trainer-gilberto-silva-428560>
- http://www.personalfisio.net/massagem_relaxamento.html
- International Association for the Study of Pain. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (A. Kopf & B. Nilesch, Eds.) (p. 418). Seattle: IASP Press®.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill adults. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33(3), 68–79. Disponível em <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/3/68.full.pdf+html>
- Van Tulder, M. W., Furlan, A. D., & Gagnier, J. J. (2005). Complementary and alternative therapies for low back pain. *Best practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(4), 639–54. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169420500029X>
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145–55. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-f6d3d858dee%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpGdGU9ZWhvc3QtbGJ2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010314692>

29

Obrigada!



4º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
UC – Estágio com Relatório

Gestão Não Farmacológica da Dor na Pessoa em Situação Crítica – o conforto como uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Mestranda:
Vera Magarreiro

Orientador:
Enf.º Paulo Baltazar

Docente:
Prof.ª Doutora Carla Nascimento

Lisboa, Fevereiro 2015